REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4296/2005 **ATAS/353/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 12 avril 2006

En la cause

Monsieur C_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA	recourant

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur C_____, né le 30 mai 1952, ressortissant espagnol au bénéfice d'un permis C a travaillé, dès le 5 décembre 1978, pour le compte des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), en dernier lieu en qualité de commis administratif au service de radiologie.

2. Le 17 octobre 2002, en se rendant à son travail, il est tombé en scooter sur le côté gauche, après avoir freiné sur la chaussée mouillée pour éviter une voiture.

3. Souffrant de douleurs à l'épaule gauche, il s'est rendu immédiatement aux urgences de l'hôpital cantonal où une IRM a été effectuée et a montré une fracture plurifragmentaire de la tête humérale à gauche. Un traitement conservateur a été instauré avec port de gilet orthopédique. Il a été, en outre, déclaré incapable de travailler dès l'accident.

4. Le 23 octobre 2002, les HUG ont déclaré le sinistre à l'assureur-accident, la WINTERTHUR assurances (ci-après : la WINTERTHUR).

5. Le 26 novembre 2002, le Dr A_____, chirurgien-orthopédiste, a procédé à une résection du bourrelet glénoïdien déchiré et a constaté une instabilité persistante postérieure.

6. La suite du traitement a été prise en charge par le Dr B_____, chirurgien orthopédiste, qui, dans son rapport du 24 février 2003, a mentionné une évolution lentement favorable et a instauré un traitement de physiothérapie.

7. Dans son rapport médical du 23 mars 2003, la Dresse D_____, spécialiste en chirurgie de la main, a fait état d'une atrophie musculaire à l'avant-bras avec manque de force et a prescrit le port d'une attelle nocturne.

8. Un scanner de l'épaule gauche, pratiqué le 10 avril 2003, a révélé une consolidation de la tête de l'humérus en position vicieuse avec un fragment osseux saillant à la partie antérieure et inférieure de la tête. Il a également mis en évidence une sclérose sous-chondrale au niveau de la tête humérale.

9. Dans son rapport médical du 26 mai 2003, la Dresse E_____, médecin à la clinique Longeraie à Lausanne, a décrit une fonction correcte de l'épaule avec une abduction et une antépulsion entre 90° et 100°. Elle a confirmé une atteinte sensitive du nerf médian à la hauteur du tunnel carpien et a préconisé une libération chirurgicale.

10. Le 2 juin 2003, l'assuré a repris à 50% son activité de commis administratif au service radiologique des HUG.

11. Le 24 juin 2003, l'assuré a déclaré à l'inspecteur de la WINTERTHUR qu'il ressentait des douleurs quotidiennes au niveau du membre supérieur gauche, que la mobilité de celui-ci était réduite, qu'il n'arrivait pas à le lever plus haut que l'épaule, ni à mettre le bras en arrière. Il a expliqué qu'il exerçait l'activité de réceptionniste en radiologie. Il a précisé que son travail consistait en enregistrement, programmation et modification de données sur ordinateur, renseignements aux patients, distribution des radiographies aux médecins, port de documents et réalisation de photocopies.

12. Sur demande de la WINTERTHUR, le Dr F_____, chirurgien, a examiné l'assuré en date du 8 septembre 2003. Dans son rapport d'expertise du 8 octobre 2003, il a fait état de la persistance d'une limitation fonctionnelle, principalement de l'abduction et de la rotation externe. Il a considéré qu'une reprise de l'activité professionnelle à 100% pourrait intervenir rapidement si aucune intervention chirurgicale n'était envisagée dans un futur immédiat. Il a estimé que l'état n'était pas encore stabilisé et que malgré des séquelles éventuelles avec limitations fonctionnelles et douleurs, une invalidité dans la profession de commis administratif paraissait tout à fait improbable. Il a précisé que les quelques efforts à fournir dans cette activité pouvaient certainement être compensés par une organisation différente du travail ou par des moyens auxiliaires.

13. Dès le 29 septembre 2003, l'assuré a tenté une reprise du travail à 100%, mais, en raison de la persistance de douleurs à l'épaule et d'une fatigabilité très importante qui l'empêchaient de se concentrer sur son travail, il a rétabli son taux d'activité antérieur de 50% dès le 27 octobre 2003.

14. Le 3 novembre 2003, l'assuré a déposé une demande de rente auprès de l'assurance-invalidité.

15. Dans son rapport médical du 14 novembre 2003 à l'attention de L'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : OCAI), le Dr B_____ a considéré que l'activité exercée jusqu'ici était exigible à 50% et qu'on ne pouvait pas exiger une autre activité de l'assuré étant donné qu'elle était déjà peu contraignante.

16. Le 29 janvier 2004, la Dresse D_____ a procédé à une libération chirurgicale du nerf médian au niveau du canal carpien à gauche. L'incapacité de travail consécutive à cette intervention a été totale du 29 janvier au 7 mars 2004 et de 50% du 8 mars au 12 avril 2004.

17. Dans son rapport médical du 29 juin 2004, au vu de l'expertise du Dr F_____ du 8 septembre 2003 considérant que l'activité exercée était peu contraignante et que les limitations touchant le bras gauche étaient très modérées, le Dr G_____ du Service médical régional AI (ci-après : SMR Léman) a estimé qu'aucune incapacité de travail ne se justifiait.

18. Par décision du 19 juillet 2004, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité au motif que, dès le 28 septembre 2003, l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans l'activité de commis administratif aux HUG et que l'incapacité de travail médicalement justifiée avait duré du 17 octobre 2002 au 28 septembre 2003, soit uniquement durant la période précédant le délai de carence d'une année.

19. Sur nouvelle demande de la WINTERTHUR, le Dr F_____ a réexaminé l'assuré, le 6 juillet 2004, qui se plaignait, à l'épaule gauche, de la persistance d'une douleur permanente, supportable, exacerbée par les changements de temps, la mobilisation et l'effort, notamment par la marche rapide. L'assuré considérait que la mobilité de son épaule était satisfaisante, mais douloureuse, et qu'il subissait un manque de force au-dessus de l'horizontale. Lors de son examen, le Dr F_____ a constaté une discrète asymétrie de la ceinture scapulo-humérale, mais n'a pas mis en évidence d'atrophie musculaire. Il a mesuré une flexion de 150°, une abduction de 100°, une rotation externe nulle et une rotation interne fortement limitée. Dans son rapport d'expertise du 29 juillet 2004, au sujet de l'épaule gauche, il a estimé que l'état était stabilisé et qu'un taux d'occupation de 100% dans le poste de réceptionniste polyvalent du service de radiologie des HUG paraissait exigible pour autant que l'activité soit mieux adaptée, à savoir assise la plupart du temps, avec très peu de déplacements et peu de mouvements avec le membre supérieur gauche.

20. Le 30 juillet 2004, l'assuré a formé opposition contre la décision de l'OCAI. Puis, le 4 août 2004, il a complété son opposition et a contesté avoir repris son activité professionnelle à 100% dès le 28 septembre 2003 en expliquant que la tentative de reprise du travail à 100% s'était soldée par un échec dès le 27 octobre 2003 et qu'à partir de cette date sa capacité de travail n'a plus été que de 50%.

21. A son tour, le 19 août 2004, la WINTERTHUR a formé opposition contre ladite décision. Dans son complément d'opposition du 7 septembre 2004, elle a conclu à l'annulation de la décision du 19 juillet 2004, considérant que le dossier médical de l'assuré ne démontrait nullement que l'incapacité de travail avait duré moins d'une année et que le taux d'invalidité de l'assuré calculé entre 40.19% et 39.29 % lui donnait droit à un quart de rente.

22. Le 5 octobre 2004, l'inspecteur de la WINTERTHUR a pris contact avec l'infirmière de santé des HUG afin d'examiner la possibilité d'adapter le poste de travail de l'assuré conformément aux recommandations du Dr F_____. L'employeur a estimé que le poste avait déjà été adapté (suppression du travail d'archivage) et qu'il n'était pas possible d'adapter davantage la place de travail, mais qu'il acceptait de garder l'assuré dans la fonction actuelle (réceptionniste de radiologie avec quelques affichages radios) à raison de 50%.

23. Par décisions sur opposition du 6 octobre 2004, l'OCAI a annulé sa décision et a décidé de reprendre l'instruction de la cause, notamment en examinant les répercussions de l'opération subie le 29 janvier 2004 et en faisant procéder à une évaluation globale de l'état de santé par le SMR Léman.

24. Dans son rapport médical du 11 octobre 2004, le Dr B_____ a considéré que l'état de santé était resté stationnaire depuis un an et a retenu une capacité de travail de 50% dans le poste actuel d'huissier et de 50% dans toute autre activité adaptée non manuelle et sédentaire. Il a précisé que la proposition d'une prothèse de l'épaule était à l'étude.

25. Dans son rapport médical du 15 novembre 2004, la Dresse D_____ a fait état d'une bonne évolution post-opératoire au niveau du nerf médian du canal carpien à gauche et d'un bon pronostic. Elle a précisé que, pour cette affection, l'incapacité de travail avait été de 100% du 29 janvier au 7 mars 2004 et de 50% du 8 mars au 12 avril 2004.

26. Dans sa décision du 6 décembre 2004, la WINTERTHUR a alloué à l'assuré une rente mensuelle de 2'148 fr. dès le 1er décembre 2004, basée sur un taux d'invalidité de 40%, un gain assuré de 80'525 fr. et un taux d'indemnisation de 80%.

27. Le 13 décembre 2004, l'assuré a formé opposition à ladite décision et a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% au moins.

28. Dans son rapport médical du 16 décembre 2004, le Dr G_____ a estimé que les tâches de l'assuré ne comportaient ni port de lourdes charges, ni travaux physiques et que la pleine capacité fonctionnelle du bras droit était conservée. En conséquence, il a considéré que la limitation de la capacité de travail à 50% dans le poste actuel n'était pas fondée sur le plan médical.

29. Par décision sur opposition du 17 janvier 2005, la WINTERTHUR a rejeté l'opposition de l'assuré contre sa décision du 6 décembre 2001.

30. Le 21 janvier 2005, l'OCAI a également formé opposition à la décision de la WINTERTHUR du 6 décembre 2001 estimant que l'assuré disposait d'une capacité de travail exigible de 100% dans l'activité de commis administratif aux HUG et qu'il n'avait pas droit à une rente d'invalidité.

31. Dès le 30 janvier 2005, les HUG ont versé à l'assuré un salaire à 50%.

32. Par décision sur opposition du 9 février 2005, la WINTERTHUR a rejeté l'opposition de l'OCAI estimant que celui-ci n'avait pas la qualité de partie intéressée.

33. Par prononcé du 10 février 2005, l'OCAI a estimé que l'assuré avait une incapacité de travail médicalement justifiée jusqu'au 12 avril 2004 et que dès le 13 avril 2004,

la reprise de son activité habituelle était exigible à 100%. Il a retenu un taux d'invalidité de 50% du 17 octobre 2003 au 31 juillet 2004 et a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1er octobre 2003 au 31 juillet 2004.

34. Le 15 avril 2005, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition de la WINTERTHUR et a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50%.

35. Par décision du 11 mai 2005, l'OCAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité et une demi-rente complémentaire en faveur du conjoint, pour la période du 1er octobre 2003 au 31 juillet 2004.

36. Le 15 juin 2005, l'assuré a formé opposition à ladite décision en tant qu'elle mettait un terme aux prestations au 31 juillet 2004. Dans son complément d'opposition du 1er juillet 2005, il a précisé qu'il ne travaillait que quatre heures par jour et il a contesté que l'OCAI puisse reprendre ses précédentes conclusions sur la seule base de l'avis médical du SMR Léman du 16 décembre 2004. Il a conclu à la poursuite du versement d'une demi-rente d'invalidité. Il a joint à son courrier deux rapports radiologiques du 4 avril 2005 faisant état, d'une part à la colonne cervicale, de discopathies dégénératives étagées prédominant nettement de C4 à C7 avec ostéophytose marginale et discrète uncarthrose débutante entraînant un discret rétrécissement foraminal C5-C6 et C6-C7 droit, d'autre part à l'épaule droite, de données échographiques compatibles avec un petit foyer de tendinose ou de discrète fissuration de l'extrémité distale du tendon sus-épineux sur son versant articulaire.

37. Dans son rapport médical du 23 août 2005, le Dr H_____, généraliste et médecin du SMR Léman, a indiqué qu'en raison essentiellement de l'atteinte de l'épaule gauche, le patient devait éviter les activités de force du membre supérieur gauche, d'élévation de l'épaule au-dessus de l'horizontale et de mouvements répétitifs en particulier rapides de l'épaule. Quant aux limitations fonctionnelles de la colonne cervicale, il a précisé que les positions extrêmes en flexion, en extension, en inclinaison latérale ou en rotation de la nuque étaient à proscrire, qu'il fallait éviter le port de lourdes charges et que les positions statiques prolongées étaient parfois mal supportées. Il a estimé que, dans une activité adaptée qui évitait ces limitations, la capacité de travail pouvait atteindre 100%.

38. Le 27 septembre 2005, un technicien en réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé à une analyse du poste de travail de l'assuré et de son adéquation avec ses limitations fonctionnelles. Il a constaté que les activités effectuées par l'employé correspondaient très fidèlement à celles définies dans le cahier des charges du poste. Dans son rapport du 3 octobre 2005, il a indiqué que l'employeur avait procédé à une nouvelle adaptation du poste en supprimant le travail d'archivage des radiographies et en mettant à disposition de son agent des aménagements pour exécuter son travail (chariot pour le tri et la distribution des radiographies dans le

service ainsi qu'un escabeau pour accéder aux cases à courrier). Il a estimé qu'avec cette adaptation du poste, l'assuré était en mesure de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail dans son activité au service de radiologie des HUG.

39. Par décision sur opposition du 4 novembre 2005, l'OCAI a maintenu sa position en considérant que la capacité de travail de l'assuré était exigible à 100% dans l'activité de commis administratif II aux HUG et que, puisque l'assuré était en poste chez cet employeur, il se justifiait de retenir un revenu d'invalide correspondant au temps de travail complet dans cette activité de sorte que le taux d'invalidité était nul. De plus, il a précisé qu'il était autorisé à s'écarter du taux d'invalidité fixé par l'assureur-accidents dans la mesure où celui-ci n'avait pas examiné si le poste de travail occupé par l'assuré était en adéquation avec ses limitations fonctionnelles et avait manifestement pris en considération les éléments subjectifs relevés par l'expert pour se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré dans son poste de commis administratif.

40. Par courrier du 17 octobre 2005, le Tribunal de céans a communiqué à l'assuré, dans le cadre de son recours contre la décision sur opposition de l'assureur-accident du 17 janvier 2005, qu'il avait l'intention de procéder à une reformatio in pejus et lui a accordé un délai pour faire part de ses observations ou retirer son recours.

41. Par courrier du 31 octobre 2005, l'assuré a retiré son recours. Par arrêt du 9 novembre 2005, le Tribunal de céans en a pris acte et a rayé la cause du rôle.

42. Par écriture du 7 décembre 2005, l'assuré a recouru devant le Tribunal de céans contre la décision sur opposition du 4 novembre 2005. Il conclut à la reconnaissance d'un taux d'invalidité de 50% dès le 1er août 2004, sous suite de dépens. A l'appui de son recours, il soutient qu'il souffre de douleurs non seulement lors d'efforts effectués avec le membre supérieur gauche, mais également lors de toute activité, de sorte que les adaptations du poste par l'employeur n'ont pas permis une diminution ou une suppression des douleurs. Il considère qu'un travail supérieur à 50% engendrerait de telles douleurs qu'il serait obligé de quitter son lieu de travail. De plus, il reproche au technicien en réadaptation professionnelle de l'OCAI d'avoir minimisé ses douleurs alors qu'il n'a aucune compétence dans le domaine médical et d'avoir rédigé un rapport orienté insistant sur son manque de volonté. Enfin, il considère que le taux d'invalidité de 40% retenu par l'assureur-accidents est inférieur à son incapacité de travail réelle.

43. Dans sa réponse du 6 janvier 2006, l'intimé s'est référé à son argumentation développée dans sa décision sur opposition et a conclu au rejet du recours.

44. Le 10 janvier 2006, le Tribunal de céans a communiqué cette écriture au recourant et a gardé la cause 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'article 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 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, le présent recours concerne le droit aux prestations dès le 1er août 2004. Etant donné que les faits juridiquement déterminants se sont réalisés à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, cette dernière s'applique au présent cas sur le plan matériel. Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

   Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le recours a été formé en temps utile dans le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). En effet, en agissant le 7 décembre 2005, le recourant a respecté le délai de recours courant du 8 novembre au 7 décembre 2005. Interjeté également dans la forme prévue par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant et en particulier sur la suppression du droit à une demi-rente à partir du 1er août 2004.

6. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Conformément à ces dispositions, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits 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 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

   En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte

d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

8. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b, 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités).

   En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 ss consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 ss consid. 3).

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) 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).

   L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités; RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 57, 551 et 572; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, thèse Zurich 1995, p. 61). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

10. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe 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 des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

    Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'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. De plus, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

11. En l'espèce, il s'agit d'examiner si l'invalidité du recourant s'est modifiée de façon à influencer son droit à la rente pour la période dès le 1er août 2004.

L'intimé a mis le recourant au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité du 17 octobre 2003 au 31 juillet 2004 au motif qu'il a présenté une incapacité de travail totale, du 17 octobre 2002 jusqu'au 31 mai 2003, puis de 50% dès le 1er juin 2003, en raison des séquelles d'une fracture de la tête humérale à gauche. Du 29 janvier 2004 au 7 mars 2004, son incapacité de travail a été totale en raison des suites d'un syndrome du tunnel carpien opéré avec succès le 29 janvier 2004. Puis, du 8 mars 2004 au 12 avril 2004, l'incapacité a été de 50% pour cette même affection. Selon le rapport médical du 16 décembre 2004 du Dr G_____, à partir du 13 avril 2004 l'assuré était apte à exercer à 100% une activité sans port de lourdes charges, ni travaux physiques, et était en mesure d'exercer à 100% son activité de commis administratif au service de radiologie des HUG. Dans son rapport médical du 23 août 2005, le Dr H_____ a confirmé cette appréciation puisqu'il a admis que, dans une activité adaptée qui évitait les activités de force du membre supérieur gauche, le port de lourdes charges, l'élévation de l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale et les mouvements répétitifs en particulier rapides de l'épaule, les positions statiques prolongées, les positions extrêmes en flexion, en extension, en inclinaison latérale ou en rotation de la nuque, la capacité de travail pouvait atteindre 100%. Enfin, à la suite de l'analyse du poste de travail du recourant, le technicien en réadaptation professionnelle de l'OCAI, dans son rapport du 3 octobre 2005, a confirmé que les tâches réalisées par l'assuré dans son activité au service de radiologie des HUG n'impliquaient pas les limitations décrites par le Dr H_____ et qu'avec l'adaptation du poste effectuée par l'employeur, le recourant était en mesure de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail dans cette activité.

Pour sa part, le recourant considère qu'il ressent des douleurs non seulement lors d'efforts avec le membre supérieur gauche, mais également lors de tout mouvement, et que les adaptations du poste faites par l'employeur n'ont pas permis une diminution ou une suppression des douleurs. De plus, il conteste l'appréciation du technicien en réadaptation professionnelle de l'OCAI en tant qu'il n'a aucune compétence dans le domaine médical et qu'il a rédigé un rapport orienté. Enfin, il se réfère aux dernières conclusions de l'expert de son assureur-accidents, le Dr F_____, pour contester que sa capacité de travail soit supérieure à 50%.

Dans son rapport d'expertise du 29 juillet 2004, le Dr F_____ relève une discrète asymétrie de la ceinture scapulo-humérale, sans mise en évidence d'atrophie musculaire, une flexion de l'épaule gauche de 150°, une abduction de 100°, une rotation externe nulle et une rotation interne fortement limitée. Il considère que l'état est stabilisé à court terme. De plus, il estime qu'une adaptation du poste de travail actuel, en supprimant la partie relative à la réception des patients impliquant des déplacements à travers l'hôpital, devrait permettre d'envisager une reprise de l'activité professionnelle à 100%. Il précise que l'incapacité de travail de 50% alléguée par le patient repose principalement sur un syndrome douloureux en partie subjectif décrit comme invalidant, les limitations fonctionnelles discrètes étant peu significatives dans ce type d'activité. Il conclut à l'exigibilité d'un taux d'occupation de 100% dans le poste de réceptionniste polyvalent du service de radiologie des HUG pour autant que l'activité soit mieux adaptée, à savoir assise la plupart du temps, avec très peu de déplacements et peu de mouvements avec le membre supérieur gauche.

Selon le rapport de la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI du 3 octobre 2005, le poste de travail du recourant aux HUG a été adapté par l'employeur qui a procédé à certains aménagements. Il a supprimé l'archivage qui nécessitait des mouvements au-dessus de l'horizontale et a mis à disposition du recourant, d'une part, un chariot pour le tri et la distribution des radiographies, d'autre part, un escabeau pour accéder aux cases à courrier sans devoir lever le bras au-dessus de l'horizontale. En outre, le technicien en réadaptation professionnelle de l'OCAI s'est rendu sur le lieu de travail et, après observation des activités effectuées par le recourant, il a constaté qu'elles correspondent fidèlement à celles décrites dans le cahier des charges du poste. Il a expliqué que les tâches principales du recourant sont la réception et l'accueil des patients directement ou au téléphone, la saisie informatique des données des patients, l'accompagnement de ces derniers dans les salles d'examen. De plus, une fois par jour et une semaine sur deux, il procède à l'affichage et au désaffichage des radiographies sur le négastoscope, activité qui peut se faire avec une seule main, l'autre étant utilisée en guidance. Le descriptif du poste de travail montre que les très nombreux déplacements pour la distribution des radiographies ne dépassent pas cinquante mètres et que la circulation dans les services implique un déplacement d'une durée moyenne. Dans la mesure où le recourant peut exercer cette activité avec l'aide d'un chariot et où

l'accompagnement des patients ne nécessite pas le balancement du bras gauche, le Tribunal ne trouve aucun argument permettant de considérer que l'activité du recourant n'est pas adaptée à son handicap.

Etant donné que la plupart des conditions émises par l'expert pour permettre une adaptation du poste de travail limitant les déplacements et les mouvements du membre supérieur gauche sont réalisées, il faut admettre que les appréciations des Drs G_____, H_____ et F_____ relatives à l'exigibilité d'une capacité de travail entière dans l'activité de commis administratif au service de radiologie des HUG concordent pour l'essentiel. Par ailleurs, les diagnostics principaux (fracture de l'humérus gauche et syndrome du tunnel carpien gauche) ne sont contestés par aucun des médecins consultés, étant précisé que le Dr H_____ a également pris en considération des discopathies dégénératives prédominant de C4 à C7. Quant aux limitations fonctionnelles relatives à l'épaule gauche (port de lourdes charges, élévation de l'épaule au-dessus de l'horizontale, mouvements répétitifs en particulier rapides de l'épaule, activités de force du membre supérieur), elles concordent en substance entre tous les médecins consultés qui les considèrent comme discrètes. De plus, le Dr H_____ a également tenu compte des limitations fonctionnelles dues à l'affection vertébrale (positions statiques prolongées, positions extrêmes en flexion, en extension, en inclinaison latérale ou en rotation de la nuque). Enfin, le médecin traitant est le seul à parler d'une incapacité de travail de 50% tant dans l'activité actuelle que dans toute autre activité adaptée. Or, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). En l'espèce, l'avis du Dr B_____ est insuffisamment motivé pour avoir force probante dans la mesure où il n'explique pas pourquoi il retient que le recourant ne peut pas exercer l'activité actuelle, ni toute autre activité adaptée, dans un taux plus élevé que 50%.

Quant aux griefs formulés par le recourant contre l'appréciation du technicien en réadaptation de l'OCAI, ils doivent être écartés car ils sont sans pertinence. En effet, dans sa décision sur opposition du 4 novembre 2005, l'intimé ne s'est pas basé sur les seules conclusions de son technicien en réadaptation pour admettre une capacité de travail raisonnablement exigible de 100%, mais également sur celles de ses médecins et, indirectement, sur les conclusions de la dernière expertise du Dr F_____. En outre, en examinant le travail du recourant, ledit technicien a constaté que, dans son poste de travail adapté, l'assuré n'avait pas à accomplir les mouvements décrits comme limitations fonctionnelles par le Dr H_____. Etant donné que cette appréciation ne nécessite aucune compétence médicale, mais une simple observation des mouvements effectués sur la base de la liste des limitations établie par le Dr H_____, elle est parfaitement valable. Par ailleurs, le Tribunal ne voit pas en quoi ledit technicien aurait exprimé un parti pris

contre le recourant. En effet, en indiquant que l'assuré était très centré sur sa problématique médicale, il n'a fait que rapporter ce qu'il avait constaté lors de son examen. Dans la mesure où il n'a émis aucune appréciation sur l'authenticité des douleurs du recourant, son absence de qualification médicale n'a aucune incidence sur les conclusions de son rapport.

Enfin, les douleurs invoquées par le recourant lors de tout mouvement ne sont pas établies médicalement. En effet, dans son rapport d'expertise du 29 juillet 2004, le Dr F_____ constate que le patient décrit comme invalidant un syndrome douloureux en partie subjectif, mais que ses limitations fonctionnelles sont discrètes et peu significatives dans l'activité de commis administratif au service de radiologie des HUG. Il ne fait nullement état de douleurs apparaissant lors de tout mouvement Or, selon la jurisprudence, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2; ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2). En définitive, conformément à son obligation de diminuer le dommage, le recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant partie de sa capacité de travail résiduelle, au besoin en changeant de profession (ATF 123 V 96 consid. 4c, 113 V 28 consid. 4a; ATFA non publié du 30 janvier 2003, I 606/02, consid. 2; MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), ad art. 28 LAI, p. 221). En conséquence, le Tribunal retient que tous les médecins considèrent que l'activité de commis administratif au service de radiologie des HUG est raisonnablement exigible à 100%.

12. Le recourant soutient encore que l'OCAI ne pouvait pas supprimer sa rente dans la mesure où il était lié par l'appréciation de l'invalidité effectuée par l'assureur-accidents, ce que l'intimé conteste. Ce dernier est d'avis que la décision de l'assureur-accidents n'était pas entrée en force au moment de sa propre décision. De plus, il estime que la WINTERTHUR, d'une part, a procédé à une instruction professionnelle limitée en tant qu'elle a omis d'examiner si le poste de travail occupé par l'assuré était en adéquation avec ses limitations fonctionnelles, d'autre part, a vraisemblablement tenu compte des éléments subjectifs mentionnés par le recourant au Dr F_____.

    Contrairement à ce qu'allègue l'OCAI, dans sa décision sur opposition du 4 novembre 2005, la décision de l'assureur-accidents était entrée en force, puisque, le 31 octobre 2005, l'assuré avait retiré le recours qu'il avait formé à son encontre.

En outre, le deuxième argument de l'intimé doit être également rejeté, car l'assureur-accidents a examiné l'adéquation du poste occupé par le recourant avec les limitations fonctionnelles. En effet, un inspecteur de la WINTERTHUR a eu un entretien à ce sujet, le 5 octobre 2004, avec l'infirmière santé des HUG afin d'examiner la possibilité d'adapter le poste de travail de l'assuré conformément aux recommandations du Dr F_____. Toutefois, après cette intervention, le poste de travail du recourant a fait l'objet d'aménagements supplémentaires par la mise à disposition d'un chariot et d'un escabeau pour éviter l'élévation du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale. L'appréciation de l'assureur-accident étant antérieure à celle de l'OCAI, elle n'a forcément pas pu tenir compte de ce nouvel élément. La question de savoir si ce motif est suffisant pour autoriser l'intimé à s'écarter de l'appréciation de la WINTERTHUR peut rester non résolue dès lors que le Tribunal de céans a informé le recourant de son intention de procéder à une reformatio in peius de la décision d'octroi d'une rente d'invalidité de 40% par l'assureur-accidents, ce qui établit que celui-ci a procédé à une appréciation insoutenable de l'invalidité de l'assuré.

13. Reste à déterminer la perte de gain du recourant, en se fondant sur une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, dès le 1er août 2004.

a) La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est née le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75. consid. 3b/bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. (ATF 124 V 321). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des

circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79-80 consid. 5b/aa-cc).

b) En application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2003 puisque le début de l'incapacité de travail du recourant, dans son activité de commis administratif au service de radiologie des HUG, remonte au 17 octobre 2002.

Selon les données transmises par l'employeur pour 2003, le salaire mensuel du recourant était de 6'250 fr. 40 du 1er janvier au 30 juin 2003 (y compris la participation de l'employeur à la caisse-maladie et une indemnité spéciale de 213 fr. 95), de 6'299 fr. 30 du 1er juillet au 31 décembre 2003 (y compris la participation de l'employeur à la caisse-maladie et une indemnité spéciale de 215 fr. 60), plus une prime de fidélité de 6006 fr. 45, soit un revenu annuel 81'304 fr. 65.

A titre de revenu d'invalide, l'OCAI a pris en considération le revenu de commis administratif à 100% au service de radiologie des HUG au motif que l'assuré y est en poste. Or, le recourant n'exerce cette activité qu'à 50% et l'OCAI ne s'est nullement préoccupé de savoir si l'autre 50% du poste de l'assuré existait toujours, de sorte qu'il n'est pas possible, sans autre mesure d'instruction, de retenir à titre de revenu d'invalide le 100% du poste au service de radiologie. En revanche, il est exact que ce revenu vaut comme revenu d'invalide à 50% et qu'il représente annuellement un montant de 40'652 fr. 30. Pour sa capacité de travail supplémentaire à 50% que le recourant n'a pas mis en pratique, il y a lieu de se référer aux salaires émanant des statistiques, conformément à la jurisprudence susmentionnée.

Compte tenu de l'activité légère de substitution que pourrait exercer le recourant, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'557 fr. par mois en 2002, respectivement 54'684 fr. par an (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, tableau 1; niveau de qualification 4). Il convient encore de tenir compte que les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 7/8 2005, p. 98, tableau B 9.2), et que le revenu statistique 2002 doit être adapté à l'augmentation des salaires nominaux en 2003 en faisant une distinction entre les sexes et en appliquant l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2). L'indice des salaires nominaux pour un ouvrier adulte a progressé de 1.1% entre 2002 et 2003 (table T1P.39 de l'office fédéral de la statistique) et le temps de travail

en 2003 était de 41.7 heures par semaine (table T2.5.2), ce qui donne un revenu annuel de 57'635 fr. 15 (54'684 + 1.1% = 55'285.50 x 41.7 : 40), soit à 50% de 28'817 fr. 55. Même si l'on admet un abattement de 15% afin de tenir compte de l'âge du recourant, de ses limitations fonctionnelles et de son ancienneté de service (cf. ATF 126 V 78 consid. 5), le revenu d'invalide sur la base statistique s'élève à 24'494 fr. 90 (28'817.55 - 4'322.65). Eu égard à l'activité de 50% déterminée selon les salaires statistiques et celle de commis administratif à 50% au service de radiologie des HUG, le revenu hypothétique d'invalide en 2003 peut être fixé à 65'147 fr. 20 (40'652.30 + 24'494.90).

En prenant en considération le revenu de valide communiqué par l'employeur de 81'304 fr. 65 en 2003, le taux d'invalidité est de 20% (81'304.65 – 65'147.20 : 81'304.65 x 100). Compte tenu de l'amélioration de l'état de santé du recourant dès le 13 avril 2004, à la suite de la réussite de l'opération du tunnel carpien gauche et à la fin de l'incapacité de travail y relative dès cette date, l'office intimé a correctement limité l'octroi de la demi-rente au 30 juillet 2004, respectivement a supprimé à juste titre la demi-rente dès cette date (cf. art. 88a al. 1 RAI).

14. Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé.

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 Maya CRAMER

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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