RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1696/2002 **ATAS/496/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 15 juin 2004

1ère Chambre

En la cause

Madame P_____, recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, intimé
domicilié Rue de Lyon 97 à Genève

EN FAIT

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Valérie MONTANI, Juges

1. Madame P_____, née le juillet 1948, a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) le 27 septembre 1999, alléguant souffrir de problèmes dorsaux. Elle a travaillé en qualité de nettoyeuse et aide de cuisine, puis s'est inscrite au chômage. Elle a bénéficié de l'assistance de l'Hospice général après avoir épuisé son droit aux indemnités de l'assurance-chômage.

2. La Doctoresse A_____, médecin traitant, dans un rapport du 20 novembre 1999 adressé à l'OCAI, a posé les diagnostics de cervico-dorso lombalgies aiguës sur troubles statiques de la colonne lombaire et sur protrusions discales étagées de C3 à C6 et aux niveaux L3-L4 et L4-L5, de lombalgies aiguës sur canal lombaire étroit avec probable conflit radiculaire, de lombosciatalgies aiguës gauches à répétition, d'un état anxio-dépressif aigu, d'asthme et de céphalées aiguës sur sinusite maxillaire. Elle constate par ailleurs un kyste ovarien droit et de nombreux naevus au niveau du visage et du cou. Sous chiffre 3 du questionnaire elle indique : « suspicion de fibromyalgie », et sous chiffre 4.1 : « tous les points de fibromyalgie sont présents ». Elle considère que sa patiente est incapable de travailler à 100% du 22 mars au 15 août 1999, puis à compter du 11 novembre 1999. Elle précise qu'elle pourrait exercer une activité légère sans port de lourdes charges et en évitant les positions assise ou debout prolongées.

   Le 10 juin 2001, la Doctoresse A_____ confirme que « cette patiente est incapable d'assurer un travail adéquat à nos jours. Il y a chez elle une aggravation de jour en jour au niveau de son état de santé avec des décompensations fréquentes tant au niveau de l'asthme qu'au niveau de l'état psychique ainsi qu'au niveau des rachialgies. Cette dernière souffrant de fibromyalgie fait des décompensations très fréquentes et souffre aussi d'une dermatite de contact ».

3. L'OCAI a confié un mandat d'expertise au Docteur B_____, médecin-chef au service de rhumatologie et de médecine physique à La Chaux-de-Fonds. Celui-ci, dans un rapport du 12 octobre 2001, a retenu les diagnostics suivants :

   - rachialgies sur minimes troubles de la statique,
   - protrusions discales cervicales et lombaires,
   - anomalie transitionnelle lombo-sacrée,
   - hypersensibilité bronchique, hypertension artérielle et tendance dépressive traitées,
   - cure d'une obstruction du canal lacrimal des deux côtés,
   - allergie cutanée anamnestique et rhume des foins.

Selon l'expert, l'incapacité de travail, compte tenu de tous les éléments physiques et psychologiques, ne dépasse pas 20%. Il estime dès lors que l'assurée peut effectuer n'importe quelle activité professionnelle, étant précisé que vu son morphotype (61 kg pour 156 cm, hyperréactivité bronchique, tendance à l'hypertension artérielle) il serait préférable qu'elle ne soit pas obligée de soulever régulièrement des charges lourdes. Il a écarté le diagnostic de fibromyalgie, les points douloureux étant asymétriques et parce qu'il existe des signes laissant suspecter une exagération des plaintes. Consulté dans le cadre de l'expertise, le Docteur C_____, spécialiste en psychiatrie, a déclaré qu'il avait suivi l'assurée par intermittence d'août 1994 à décembre 1997, qu'il l'avait revue en septembre – octobre 2000. Il a précisé que « la patiente a souffert d'une dacryocystite bilatérale, de céphalées bitemporales et de douleurs au dos. Elle a souffert également d'un trouble dépressif récurrent dont l'intensité était légère à moyenne, selon les épisodes. Comme je ne l'ai plus revue depuis une année, je ne peux pas me prononcer sur son incapacité de travail actuelle pour ce qui concerne les troubles psychiques » (cf. courrier du 8 octobre 2001).

4. Invitée à se déterminer, la Doctoresse D_____ du SMR Léman a relevé une capacité exigible de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, de plus de 80% (cf. rapport d'examen du 5 février 2002).

5. Faisant suite à un projet de décision tendant au refus de toute prestation AI, la Doctoresse A_____ est venue répéter que « l'état de santé actuel de sa patiente ne lui permettait pas d'effectuer un travail adéquat ni de le maintenir de façon responsable à long terme actuellement » (cf. courrier du 11 août 2002).

6. Par décision du 1er novembre 2002, l'OCAI a informé l'assurée que sa demande était rejetée.

7. Celle-ci a interjeté recours le 21 novembre contre ladite décision. Elle reproche à l'OCAI de n'avoir pas tenu compte du rapport de gastroscopie effectuée le 4 juillet ; elle souligne par ailleurs avoir subi une intervention chirurgicale pratiquée par le Docteur E_____ le 12 juillet 2002 et ajoute qu'elle souffre toujours d'une paralysie du bras droit.

8. Interrogé à nouveau, le SMR Léman, soit pour lui le Docteur F_____, indique que les problèmes gastriques dont souffre l'assurée ne sauraient interférer avec la capacité de travail, même en cas de récidive. S'agissant des interventions du tunnel carpien auxquelles a procédé le Docteur E_____ à l'établissement

hospitalier, elles n'entraînent pas non plus, selon lui, une incapacité de travail à long terme.

9. Dans son préavis du 11 avril 2003, l'OCAI conclut dès lors au rejet du recours.

EN DROIT

1. a) 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 (art. 1 let. r LOJ).

Dans un arrêt du 30 mars 2004, cependant, le Tribunal administratif (ci-après TA) a constaté d'office la nullité de l'art. 1 let. r LOJ, considérant que le TCAS avait été créé en violation de l'art. 131 de la Constitution genevoise - Cst GE -.

b) Force est de constater que cette conclusion ne saurait lier le Tribunal de céans, aux motifs suivants :

- elle ne figure pas dans le dispositif de l'arrêt. Or, seul le dispositif d'un jugement peut acquérir l'autorité de la chose jugée, et non ses motifs. L'autorité de la chose jugée ne s'étend à ceux-ci que dans la mesure où le dispositif y renvoie expressément et où ils se rapportent à la question litigieuse (ATF 96 I 295 ; Knapp, Précis de droit administratif, 4ème édition, 1991, p. 248 ss ; Habscheid, droit judiciaire privé suisse, 1981 p. 313 et ss.).

- l'autorité de la chose jugée ne vaut quoi qu'il en soit que pour les moyens que le tribunal pouvait examiner (cf. Knapp, op. cit. p. 251). Or, il apparaît en l'espèce douteux que le TA devait, et même pouvait, à l'occasion d'un recours interjeté pour violation des droits politiques contre un arrêté du Conseil d'Etat fixant la date de l'élection des juges assesseurs au TCAS, contrôler la constitutionnalité de la loi instituant cette juridiction.

- une loi inconstitutionnelle ne saurait être déclarée nulle. Seul, l'acte pris en application de celle-ci est annulable (cf. Jean-François Aubert, Bundesstaatsrecht der Schweiz, vol. I, 1991, p. 178, note 430). Il convient au surplus de relever qu'un tribunal se doit en règle générale d'agir avec

retenue, plus particulièrement lorsque les conséquences de l'annulation bouleverseraient tout un régime juridique (ATF 112 Ia 313). Tel est manifestement le cas ici, dès lors que le considérant topique de l'arrêt du TA revient à nier l'existence d'une juridiction qui fonctionne depuis le 1er août 2003 déjà, et dont les juges titulaires, ainsi que les juges suppléants, ont été régulièrement élus.

c) Le TCAS examine d'office sa compétence ; vu l'arrêt du TA du 30 mars 2004 niant jusqu'à son existence, il a également à vérifier la conformité à l'art. 131 Cst GE de la loi l'instituant.

Le TCAS est une juridiction administrative spéciale, en ce sens qu'elle traite du domaine particulier des assurances sociales. Il y a lieu de rappeler que selon l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales -LPGA-, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales. Cette disposition légale fédérale oblige les cantons à regrouper tout le contentieux des assurances sociales sous le même toit, contentieux jusque là réparti à Genève entre diverses commissions cantonales de recours et le TA. C'est ainsi pour répondre à l'exigence posée par la loi fédérale que le législateur genevois a créé le TCAS.

Selon l'art. 131 al. 1 Cst GE, « La loi établit des tribunaux permanents pour juger toutes les causes civiles et pénales ; elle en règle le nombre, l'organisation, la juridiction et la compétence ». Lors de la création du TA en 1971, la disposition constitutionnelle a été complétée par un alinéa 2, libellé comme suit : «Un tribunal administratif est institué pour statuer sur les recours de droit administratif dans les cas où la loi le prévoit ».

La Constitution s'interprète selon les mêmes principes que les lois ordinaires. Les règles d'interprétation permettant au juge de dégager le sens d'une disposition sont connues : ce dernier peut recourir à une interprétation littérale, historique, téléologique ou systématique de la norme. Le juge devra partir prioritairement du texte clair de la loi. Le TA, dans son arrêt du 30 mars 2004, a considéré que le texte de l'art. 131 al. 2 Cst GE ne laissait pas de place pour d'autres tribunaux statuant sur les recours de droit administratif ; il a interprété « un tribunal » comme signifiant « un seul tribunal ». Or, l'art. 131 al. 2 Cst GE précise que ce tribunal administratif est institué « dans les cas où la loi le prévoit ». C'est dire que nécessairement le reste du contentieux administratif relève d'autres

juridictions. Ainsi l'interprétation littérale permet à elle seule de conclure que le terme « un » doit être qualifié, grammaticalement, d'article indéterminé.

Une telle analyse est du reste confirmée par les interprétations historique et téléologique. Il résulte des travaux préparatoires (Mémorial du Grand Conseil – MGC - 1970, p. 554 ss.) que le législateur en 1970 entendait créer, aux côtés des juridictions civiles et pénales existantes prévues à l'art. 131 al. 1 Cst GE, un tribunal administratif indépendant du pouvoir exécutif. Ce tribunal était destiné à remplacer les autres autorités – Conseil d'Etat, commissions de recours, etc… qui avaient à connaître des recours contre les décisions des départements. Il n'était cependant pas question que ce remplacement soit général, raison pour laquelle ce tribunal s'était vu doté de compétences d'attribution. Il était évident que certaines commissions spéciales devaient subsister, notamment en raison de leur composition particulière (composition paritaire, experts…). Selon le Mémorial du Grand Conseil, p. 557, « dans le système envisagé, le TA, le Conseil d'Etat et les commissions spécialisées dont le maintien aura été décidé, constitueront autant de juridictions administratives distinctes et indépendantes, entre lesquelles se répartiront les compétences ».

Dès le 1er janvier 2000, le TA a été mis au bénéfice d'une clause générale de compétence. Il est ainsi devenu la juridiction administrative supérieure de droit commun (art. 56 A LOJ). A nouveau, le maintien des commissions de recours spéciales a été expressément réaffirmé (MGC 1997, p. 9430). La constitutionnalité de ces juridictions n'a de plus jamais été remise en cause, ni par le TF ni par le TFA. On ne voit pas dans ces conditions ce qui aurait empêché le législateur, quelques années plus tard, de confier la compétence en matière d'assurances sociales, jusque là dévolues à ces commissions de recours, à une juridiction administrative spéciale, le TCAS en l'occurrence.

Si l'on devait suivre l'interprétation du TA dans son arrêt du 30 mars 2004, non seulement le TCAS, mais également toutes les autres commissions de recours spéciales, y compris celles rattachées au TA lui-même seraient inconstitutionnels. Tel n'a manifestement pas été le but visé par le législateur.

Au vu de ce qui précède, la création du TCAS en application de la LPGA est conforme à la Constitution genevoise.

L'élection des juges assesseurs ayant par ailleurs été annulée par le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 27 janvier 2004, le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février 2004, une disposition transitoire permettant au TCAS de siéger sans

assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux assesseurs.

2. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique sur les contestations en matière d'AVS-AI (cf. article 56 V LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

   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 de l'AVS-AI. Le cas d'espèce reste 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 ; 121 V 366).

3. L'art. 4 al. 1 LAI définit l'invalidité comme étant 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.

4. En l'espèce, le médecin traitant considère que l'assurée est incapable de travailler à 100% alors que l'expert envisage pour elle une reprise dans n'importe quelle activité professionnelle, pour autant qu'elle ne soit pas obligée de soulever de lourdes charges. Force est de constater que les conclusions médicales sont diamétralement opposées.

5. 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).

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 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 (BUEHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567ss. ; ATFA non publié I 554/98 du 19 janvier 2000).

6. Selon l'expert, du point de vue physique, bien que les plaintes de la patiente soient importantes, l'examen clinique ainsi que les examens complémentaires ne mettent en évidence que des modifications relativement légères, surtout du point de vue musculo-squelletique. C'est la raison pour laquelle le taux d'incapacité de travail a été fixé à 20% au plus, une tendance à l'exagération des plaintes étant de surcroît à prendre en considération. Rien dans les constatations faites par le médecin traitant ne permet d'écarter ces conclusions.

7. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 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 dans son cas. 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 serrait 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 19992, p. 182 consid. 2a et les références).

8. Il résulte de la partie « en fait » qui précède que l'assurée a souffert d'un trouble dépressif récurrent d'intensité légère à moyenne selon les épisodes, d'août 1994 à 1997 et éventuellement en septembre – octobre 2000 (cf. lettre du Docteur C_____ du 8 octobre 2001). L'assurée ne l'a cependant plus consulté depuis.

   Dans son rapport du 20 novembre 1999, la Doctoresse A_____ disait soupçonner l'existence d'une fibromyalgie, puis mentionnait que tous les points de fibromyalgie étaient présents. En 2001, elle déclare que sa patiente souffre de fibromyalgie avec des décompensations très fréquentes.

   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 exigé dans son cas (ATFA non publié I 3767/02 du 28 mars 2003 consid. 3.1 ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b ; Plaidoyer 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 psychique leur avis ne peut emporter la conviction.

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux ou fibromyalgie peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc ; RSAS 1997 p. 75; RAMA 1996 N° U 256 p. 217 ss 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, MOSIMANN a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes ou fibromyalgie. 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'afffection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels 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 insensible l'expert, 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).

9. Force est de constater que les conclusions médicales sont diamétralement opposées. Dans son rapport d'expertise du 12 octobre 2001, le Docteur B_____ a plus particulièrement écarté le diagnostic de fibromyalgie au motif que les points douloureux étaient asymétriques, alors que le médecin traitant affirme que tous les points de fibromyalgie sont présents.

Le psychiatre consulté a rappelé que l'assurée avait souffert d'un trouble dépressif récurrent d'intensité légère à moyenne, mais n'a pu se prononcer davantage ne l'ayant pas revue « depuis une année ». Le fait que l'assurée ne l'ait plus consulté ne signifie cependant pas nécessairement que son état se soit amélioré.

Le Tribunal de céans est finalement d'avis que la divergence de vues constatée ne peut simplement être résolue en accordant la prééminence à un avis médical plutôt qu'à un autre, quand bien même l'un de ces avis émane de l'expert mandaté par l'OCAI.

Sur le fond, le Tribunal ne se trouve pas en mesure de juger la cause, eu égard aux discordances constatées entre les différents rapports médicaux. Il y a dès lors lieu d'annuler la décision attaquée et de la renvoyer à l'intimé pour un complément d'instruction, sous la forme de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire de type COMAI, et nouvelle décision, sur la base des conclusions de celle-ci.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

conformément à la disposition transitoire de l'article 162 LOJ

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision du 1er novembre 2002.

4. Renvoie la cause à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire de type COMAI et nouvelle décision.

5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 800 fr., à titre de participation à ses frais et dépens ;

6. Dit que la procédure est gratuite.

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

La greffière :	La Présidente :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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