RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1894/2004 **ATAS/230/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 9 mars 2006

En la cause

Monsieur P_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Raymond DE MORAWITZ	recourant

contre

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

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,

EN FAIT

1. Monsieur P_____, né le _____ 1945, divorcé et sans enfant, a travaillé pendant plusieurs années, principalement en tant que cuisinier, auprès de divers employeurs. Les périodes d'activité étaient alternées avec des périodes de chômage. Il a bénéficié, pour la dernière fois, des indemnités de l'assurance-chômage pendant le délai-cadre d'indemnisation du 1er avril 1998 au 31 mars 2000. Au mois de novembre 2000, l'intéressé a été engagé en tant qu'aide de cuisine dans un établissement médico-social, mais il a été licencié au bout de trois semaines.

2. Le 2 mars 2001, l'intéressé a présenté auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après: l'OCAI) une demande de prestations, tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle et de reclassement dans une nouvelle profession. A l'appui de sa demande, il a fait valoir qu'il souffrait de stress en cuisine, d'un état de fatigue généralisée et d'obésité.

3. L'OCAI a accusé réception de la demande le 9 mars 2001. Par courriers du même jour, il a, d'une part, sollicité l'avis du médecin traitant de l'intéressé, le Dr N_____, spécialiste FMH en médecine générale, et, d'autre part, demandé à l'Office cantonal de l'emploi (ci-après: OCE) de lui communiquer toutes les informations en sa possession en relation avec les périodes de chômage.

4. Dans sa réponse du 16 mars 2001, l'OCE a notamment transmis à l'OCAI le préavis établi le 14 mai 1999 par le Dr L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de l'OCE. Ce médecin retenait que l'intéressé devait réorienter ses recherches d'emploi hors cuisine, mais qu'il était en mesure de faire à 100% un travail léger.

5. Par courrier du 11 juillet 2001, le médecin traitant de l'intéressé a répondu qu'il n'était pas en possession du dossier de son patient, car celui-ci était resté à la Permanence du Rond-Point, où il exerçait son activité auparavant. Le Dr N_____ a donc invité l'OCAI à s'adresser au responsable de la Permanence, le Dr R_____.

6. Interpellée par l'OCAI en date du 16 juillet 2001, le Dr Maria ROSU a indiqué, dans une lettre du 29 novembre 2001, que le patient avait été suivi par le Dr N_____ qui avait quitté le cabinet.

7. En date du 6 décembre 2001, le Service du médecin cantonal a invité le Dr R_____, sur demande de l'OCAI, à communiquer à l'intéressé une copie de son dossier médical.

8. Le 10 janvier 2002, l'OCAI a sollicité l'avis sans examen clinique du service médical régional AI (ci-après: SMR).

9. Dans une note du 25 février 2002, le Dr M_____ du SMR a indiqué qu'il était nécessaire d'obtenir le rapport du médecin traitant. Elle a aussi marqué son étonnement quant au fait que le Dr L_____, le médecin conseil de l'OCE qui avait déjà examiné l'intéressé, n'avait pas été invité à produire un rapport, avec possibilité de convoquer l'assuré.

10. En date du 27 février 2002, l'OCAI a communiqué au Dr L_____, en l'invitant à le compléter, le formulaire "rapport médical", accompagné de l'annexe concernant la réinsertion professionnelle. Ces deux formulaires ont aussi été à nouveau adressés au Dr N_____.

11. Le 6 mai 2002, l'OCAI a reçu le rapport médical du Dr N_____ daté du 25 avril 2002, accompagné de l'annexe sur la réinsertion professionnelle et d'un certificat daté du 2 mai 2002. D'après le médecin traitant, l'intéressé a été dans l'incapacité totale de travailler dès le 1er décembre 2000, en raison d'une dépression nerveuse, de troubles de l'adaptation sociale, d'irritabilité, de nervosité et, de manière plus générale, de troubles de la personnalité ainsi que de fatigue chronique et d'alcoolisme. Sur le plan physique, le patient souffrait d'obésité, d'hypertension, de troubles circulatoires des membres inférieurs, de gastrite, d'infections dentaires à répétition et présentait aussi des traces de sang dans les urines. Le Dr N_____ a retenu que l'intéressé ne possédait aucune capacité fonctionnelle, ce qui excluait qu'il puisse exercer une quelconque activité professionnelle.

12. Après avoir été relancé à plusieurs reprises par l'OCAI, le SMR a rendu un avis médical en date du 18 juin 2003. Le Dr R. LEUZINGER y indiquait que le dossier était pauvre en renseignements médicaux. Le dernier rapport du Dr N_____ mentionnait des diagnostics psychiatriques, sans toutefois faire référence à un quelconque suivi psychiatrique. Une expertise psychiatrique s'avérait donc nécessaire, en vue d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé comme cuisinier et, le cas échéant, la chronologie d'une éventuelle incapacité de travail du point de vue psychiatrique.

13. Sur instruction du SMR, l'OCAI a confié, en date du 30 juin 2003, le mandat d'expertise au Dr Panayotis DR V_____, spécialiste FMH en psychiatrie psychothérapie.

14. Le Dr DR V_____ a d'abord pris contact avec le médecin traitant de l'intéressé et avec le Dr L_____, médecin-conseil de l'OCE. Dans son rapport du 28 août 2003 adressé au Dr DR V_____, le Dr N_____ a réitéré son diagnostic de dépression et d'alcoolisme. Il a précisé, s'agissant des causes de la dépression, que le patient avait subi une fracture du scaphoïde de la main droite, à la suite de laquelle il ne pouvait plus utiliser sa main de manière appropriée. Quant au Dr L_____, il a adressé au Dr DR V_____ le préavis médical de mai 1999, déjà en possession de l'OCAI.

15. L'expert a examiné l'assuré à deux reprises, les 18 juillet et 4 septembre 2003, et rendu son rapport en date du 24 septembre 2003. Au point de vue subjectif, le rapport a indiqué que le patient se plaignait de souffrir de stress en cuisine, d'être obèse, chroniquement fatigué et plus lent en raison de son âge. Il avait consulté un psychiatre, sur conseil de son médecin traitant, mais avait rapidement interrompu le traitement, sans avoir jamais reçu de thérapeutique antidépressive. L'expert a conclu que ni l'anamnèse approfondie ni l'examen psychiatrique clinique ne permettaient de confirmer les diagnostics évoqués; aucun trouble mental général n'avait par ailleurs pu être identifié eu égard aux descriptions définies par le DSM-IV et la CIM-10. Quant aux troubles signalés par le Dr N_____, l'expert a retenu qu'ils n'étaient pas confirmés par son examen et qu'ils n'étaient au demeurant pas suffisants en nombre et en intensité pour constituer la base sur laquelle se fonde le diagnostic de dépression. Le Dr V_____ a aussi considéré que le patient ne présentait pas de signes d'intoxication ou de sevrage alcooliques, tout en retenant que le patient avouait une dépendance relative à l'alcool, sa consommation étant d'un litre de bière et de quelques verres de vin par jour. Quant aux tests hépatiques effectués par le médecin traitant, ils étaient dans la norme. Enfin, l'expert a également exclu la présence de troubles de la personnalité. Les quelques manifestations signalées ou observées chez le patient, telles que irritabilité, revendications et sentiments d'injustice, contradictions instables, etc. ne pouvaient pas, par leur nombre et intensité réduits, constituer des troubles de nature pathologique. Sur cette base, l'expert a conclu qu'il n'existait pas d'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques.

16. Le SMR a rendu un rapport d'examen en date du 6 octobre 2003. Le Dr RL_____ a retenu, en se fondant sur l'expertise du Dr V_____, que l'intéressé ne souffrait pas d'une maladie psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail. Il a aussi relevé que les diagnostics somatiques mentionnés par le médecin traitant n'étaient pas étayés. Quant aux plaintes du patient, elles concernaient l'âge, la consommation d'alcool, l'obésité, l'hypertension et la fatigue. Il en a conclu que les rapports au dossier ne permettaient pas de retenir la présence d'affections physiques invalidantes, aucune limitation fonctionnelle n'ayant par ailleurs été démontrée.

17. Par décision du 29 octobre 2003, l'OCAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles, au motif que l'intéressé n'étant ni invalide ni menacé d'une invalidité imminente, les conditions posées par l'art. 8 LAI n'étant donc pas réalisées.

18. Par décision séparée du 30 octobre 2003, l'OCAI a également refusé l'octroi d'une rente vu l'absence d'atteinte à la santé invalidante.

19. L'assuré a formé opposition contre ces deux décisions, par courrier recommandé du 27 novembre 2003. Il a fait valoir qu'il n'était plus en mesure d'exercer son métier

de cuisinier, comme en témoignait sa dernière expérience de travail dans un EMS. Il était diminué physiquement, ne supportait plus le stress en cuisine, ni la position debout pendant plusieurs heures ainsi que la chaleur. Par ailleurs, la surcharge pondérale le rendait trop lent. Il concluait à l'octroi de mesures professionnelles en vue de réorienter son activité.

20. En date du 28 mai 2004, l'intéressé a adressé à l'OCAI une note du Dr MR_____, spécialiste FMH en médecine générale. Son nouveau médecin traitant demandait qu'on lui communique le dossier concernant son patient ainsi qu'un formulaire de réévaluation.

21. Par décision sur opposition datée du 19 juillet 2004, l'OCAI a confirmé le refus de mesures d'ordre professionnel, au motif qu'au vu du dossier médical, plus particulièrement de l'expertise du Dr DR V_____, l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte à la santé invalidante et disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de cuisinier.

22. Contre cette décision, l'assuré a formé recours devant le Tribunal de céans, en date du 13 septembre 2004. Il conclut à l'annulation de la décision attaquée et fait valoir qu'il souffre de fortes douleurs lombaires et d'hypertension artérielle et qu'il n'est plus en mesure de travailler en cuisine. Il sollicite une réadaptation professionnelle en vue d'exercer une activité compatible avec son état de santé.

23. Invité à répondre, l'OCAI a conclu, dans son courrier du 8 octobre 2004, au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, tout en renvoyant à la décision sur opposition s'agissant de la motivation.

24. Par l'intermédiaire de son conseil, dans sa réplique du 15 décembre 2004, reproche à l'OCAI d'avoir complètement négligé de tenir compte des diagnostics posés par son médecin traitant s'agissant de son état de santé physique et de n'avoir procédé à aucune investigation médicale à cet égard. En particulier, les manifestations d'hypertension, d'obésité, de troubles circulatoires, ainsi que la fracture à la main droite n'ont fait l'objet d'aucun examen médical, ne saurait-ce que par le SMR, qui s'est borné à constater que les rapports du dossier ne permettaient pas de retenir la présence d'affections physiques invalidantes.

25. Invité à dupliquer, l'OCAI a informé le Tribunal de céans, par lettre du 19 janvier 2005, dont une copie a été communiquée au recourant pour information, qu'il n'avait rien à ajouter à la motivation présentée dans la décision sur opposition du 19 juillet 2004.

26. Par lettres du 28 novembre 2005, le Tribunal de céans a informé les parties qu'une audience d'enquêtes était appointée au 15 décembre 2005, au cours de laquelle le Dr MR_____, médecin traitant du recourant, serait entendue.

27. Par courrier du 12 décembre 2005, l'OCAI a confirmé au Tribunal de céans qu'il ne serait pas représenté à l'audience et lui a communiqué les questions qu'il souhaitait voir poser au médecin traitant.

28. En date du 15 décembre 2005, le Dr MR_____ a été entendue par le Tribunal de céans, en présence du recourant. Il ressort de ses déclarations que son patient souffre de plusieurs affections somatiques, à savoir d'une hypertension majeure récalcitrante, d'un syndrome métabolique, de problèmes de surpoids et de lombalgies occasionnées par une hernie discale survenue en 2003. Le recourant présente également des facteurs de risque cardio-vasculaire très importants, tant au niveau cardiaque que cérébral, et souffrait aussi d'insuffisance veineuse. S'agissant de la capacité de travail du recourant, le médecin a considéré que la profession de cuisinier n'était plus exigible, pas même à temps partiel. Une telle activité sollicite trop le dos et nécessite des longues stations debout, incompatibles avec le surpoids et l'hypertension. D'après le Dr MR_____, le recourant devrait pouvoir travailler à mi-temps, dans une activité légère, après réadaptation.

29. Le même jour, le Tribunal de céans a communiqué à l'OCAI une copie du procès-verbal, en l'invitant à présenter ses éventuelles observations avant le 20 janvier 2006.

30. Par courrier du 17 janvier 2006, l'OCAI a fait savoir au Tribunal de céans qu'il n'avait pas de remarques à formuler.

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. a) 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 des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   b) La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au

moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision sur opposition litigieuse, du 19 juillet 2004, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (la demande d'invalidité ayant été déposée le 2 mars 2001), et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

c) En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi, par devant le Tribunal compétent, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

3. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'OCAI a considéré que le recourant n'était pas invalide au sens de la loi et lui a refusé l'octroi de mesures professionnelles.

4. a) L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 LAI combiné avec l'art. 8 LPGA dans leur teneur valable depuis le 1er janvier 2003 ; voir aussi art. 4 LAI dans la version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). Aux termes de la loi, l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité s'il est invalide à quarante pour cent au moins (art. 28 al. 1 première phrase LAI dont la teneur n'a été modifiée ni par l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1er janvier 2003, ni par l'entrée en vigueur de la 4ème révision de l'AI, le 1er janvier 2004). Le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt

à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 29 al. 1 let. a LAI et 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 let. b LAI et 6 LPGA).

b) L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publié I 179/05, du 1er décembre 2005, consid. 1.2; arrêt P. du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2; arrêt M. du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

5. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 294, consid. 5a). Ainsi, 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, le cas échéant, 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c).

6. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e

éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

7. a) Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 352 consid. 3a).

   b) En ce qui concerne 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).

   c) 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. Par ailleurs, il 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 353 consid. 3b/bb et cc).

8. En l'espèce, il y a lieu de constater que si l'état de santé psychique du recourant a fait l'objet d'un examen approfondi, l'OCAI a complètement négligé d'examiner l'état de santé du recourant sur le plan somatique; les diagnostics et les limitations fonctionnelles évoqués par le médecin traitant et leur impact éventuel sur sa capacité de travail.

   A cet égard, il y a lieu de rappeler que dans ses rapports du 25 avril et 2 mai 2002, le Dr N_____, médecin traitant du recourant, a fait état d'un certain nombre de diagnostics de nature somatique, à savoir une hypertension artérielle, de l'obésité, des troubles circulatoires des membres inférieurs, des gastrite, des traces

de sang dans les urines et des infections dentaires à répétition. Il a aussi affirmé que son patient ne possédait aucune capacité fonctionnelle et qu'il n'était plus en mesure d'exercer une activité professionnelle. Dans un courrier adressé à l'expert chargé par l'OCAI d'examiner l'état de santé psychique du recourant, le Dr N_____ a ajouté que le recourant avait subi une fracture du scaphoïde qui l'empêchait d'utiliser la main droite et de tenir des casseroles.

Quant au Dr MR_____, médecin traitant du recourant depuis le mois de février 2003, elle a exposé en audience que son patient souffrait de fréquentes lombalgies, en relation avec une hernie discale survenue en 2003, ce qui rendait les stations debout ou assise prolongées douloureuses. Elle a également posé les diagnostics d'hypertension majeure, de syndrome métabolique et de troubles cardio-vasculaires et confirmé que le recourant avait été victime d'une fracture du scaphoïde (mais de la main gauche et non de la droite). A son avis, le recourant était totalement incapable d'exercer son activité de cuisiner, mais possédait une capacité résiduelle de travail à 50%.

Enfin, le Dr L_____, médecin conseil de l'OCE, a retenu, en 1999, que le recourant devait réorienter ses recherches d'emploi hors cuisine, bien qu'il fût en mesure d'effectuer à 100% une activité légère.

9. Certes, comme le relève le SMR, dans son rapport du 6 octobre 2003, les diagnostics somatiques posés par le Dr N_____ ne sont pas étayés. Toutefois, même si les constatations du médecin traitant n'ont pas la même valeur probante que celles des experts quant à l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré, lorsque l'état du dossier médical ne donne pas un tableau suffisamment clair de l'atteinte à la santé et de ses effets sur la capacité de travail pour décider de manière fiable du droit aux prestations, l'OCAI doit ordonner un examen médical supplémentaire (ATAS/34/2003 du 15 septembre 2003). L'autorité intimée ne saurait écarter d'emblée la présence d'affections physiques invalidantes, au seul motif que le médecin traitant n'a pas suffisamment étayé ses diagnostics.

10. Dans la mesure où les médecins ayant examiné le recourant suspectent l'existence d'affections susceptibles de limiter la capacité de travail du recourant dans l'activité de cuisinier (notamment douleurs lombaires en relation avec une hernie discale, obésité, fracture du scaphoïde), il se justifie de renvoyer le dossier à l'autorité intimée afin que cette dernière ordonne une expertise médicale, effectuée par un médecin orthopédiste, voire pluridisciplinaire de type COMAI, destinée à établir si les multiples affections dont souffre le recourant selon ses médecins traitants, prises ensemble ou séparément, ont une influence sur sa capacité de travail.

11. Le recourant qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens qui seront fixés en l'espèce à 1'000 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision de l'OCAI du 19 juillet 2004.

4. Renvoie la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants, et nouvelle décision.

5. Condamne l'OCAI à verser au recourant, à titre de dépens, une indemnité de 1'000 fr.

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

La greffière	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

La secrétaire-juriste : Verena PEDRZZINI RIZZI

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