

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3805/2008

ATAS/1059/2009

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 1^{er} septembre 2009

En la cause

Monsieur S_____, domicilié au PETIT-LANCY, représenté
avec élection de domicile par Patronato – INCA à BÂLE

Recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, sis 97,
rue de Lyon à GENÈVE

Intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Eugen MAGYARI,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Né en 1950, Monsieur S_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) travaillait depuis 1983 au service de Carrosserie X_____ SA (anciennement exploitée en raison individuelle) en qualité de peintre sur automobiles.
2. Par demande enregistrée le 29 octobre 1997 à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI ou l'intimé), l'assuré, qui se plaignait de douleurs au dos, aux cervicales et à la tête, présentes depuis deux ans, a sollicité des prestations sous forme d'un reclassement dans une nouvelle profession.
3. Mandaté par l'OCAI, le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) a établi un rapport d'expertise multidisciplinaire le 17 mai 2001.

Au terme d'examens rhumatologiques et psychiatriques approfondis, les experts ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatomorphe (ou somatoforme) persistant (F45.4 dans la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement [CIM-10]), de troubles psychosomatiques multiples (F45.0), de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (F33.11) et de troubles statiques modérés du rachis.

L'atteinte à la santé constatée, dont la composante psychiatrique était prépondérante, avait eu d'importantes conséquences sur la capacité de travail de l'assuré depuis novembre 1998 au plus tard, et celle-ci s'établissait alors à 25%. Compte tenu d'un pronostic défavorable à long terme et de la réduction de la capacité d'adaptation de l'expertisé, des mesures médicales et un reclassement professionnel paraissent voués à l'échec.

Les experts relevaient en particulier que, dès 1993, l'assuré, convaincu qu'il était intoxiqué par les peintures utilisées, avait demandé des adaptations du poste de travail à son employeur. En août 1997, il avait été victime d'une chute. Lors d'un séjour hospitalier dans la division de rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève, des investigations poussées n'avaient pas permis d'identifier une étiologie somatique aux plaintes qu'il exprimait, raison pour laquelle il avait été adressé à un psychiatre, le docteur A_____, à la fin de 1998. Ce praticien avait alors confirmé le diagnostic de trouble somatomorphe et exprimé ses doutes quant à la possibilité pour l'assuré de reprendre son activité ou de se réinsérer professionnellement.

4. Par décision du 30 août 2001, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 1999. Sa demande de prestations sous forme de mesures d'ordre professionnel a en revanche été rejetée par décision du 5 octobre suivant.

5. Selon un rapport médical établi le 29 août 2004 dans le cadre d'une révision diligente d'office par l'OCAI, le docteur B _____, interniste et médecin traitant de l'assuré, a exposé que l'état de santé de celui-ci s'était amélioré sur le plan psychique, et que l'assuré se disait prêt à accepter un éventuel recyclage ou une évaluation en atelier. À cet égard, une activité légère serait possible, hors tous travaux de peinture.
6. Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a procédé à un examen psychiatrique en vue de possibles mesures de réadaptation professionnelle. Le rapport en a été établi le 27 juillet 2006 par le docteur C _____, psychiatre FMH.

Comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, ce praticien a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisodes moyens à sévères, actuellement en rémission partielle. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics de claustrophobie (F40.2) et de trouble somatomorphe indifférencié (F45.1).

L'examen psychiatrique avait mis en évidence une amélioration de la symptomatologie dépressive, l'absence de symptomatologie psychotique et la persistance d'une claustrophobie. Quelques plaintes somatomorphes persistaient, mais elles étaient moins fréquentes qu'à l'époque de la demande de prestations de l'assurance-invalidité. Toutefois, en raison de la récurrence de la symptomatologie dépressive, bien qu'en rémission partielle, une atteinte partielle de la capacité de travail dans l'activité exercée auparavant était constatée, de l'ordre de 50%. En outre, les troubles de la concentration qui apparaissaient après avoir regardé la télévision pendant plus d'une demi-heure et les maux de tête qui se déclenchaient devant la présence de solvants ou de produits de nettoyage pour les sols étaient à l'origine d'une fragilité qui se traduisait par une diminution du rendement de l'ordre de 20% dans une activité adaptée. Cette amélioration progressive de la capacité de travail pouvait être datée du mois d'août 2004, et une évaluation et des mesures de réadaptation professionnelle étaient indiquées.

7. Par avis du 23 août 2006, le docteur D _____, du SMR, a fait siennes les conclusions du docteur C _____, selon lesquelles l'assuré présentait une amélioration de sa capacité de travail résiduelle au taux de 50% dans l'ancienne activité et de 80% dans une activité adaptée.
8. Du rapport OSER établi le 19 mars 2007 par le Centre d'intégration professionnelle (CIP), il ressort notamment que le stage d'évaluation de trois mois commencé le 8 janvier précédent avait été interrompu le 11 mars à la suite d'une incapacité de travail de durée indéterminée.

Les capacités physiques de l'assuré étaient compatibles avec une activité professionnelle légère dans le circuit économique. Le travail dans des endroits fermés et l'exposition à certains produits, comme la peinture, étaient à éviter.

Les rendements mesurés en atelier étaient très faibles. Sur une durée limitée à quatre heures, l'assuré avait pu produire un travail acceptable avec un rendement de 45%. L'engagement avait été très moyen et il y avait eu un manque de réactivité et de curiosité, malgré les stimulations. L'assuré n'avait pas de continuité dans le travail et il manquait de méthode et d'organisation.

Des difficultés d'ordre psychique, ainsi qu'un manque d'efforts pour participer à son mieux-être, rendaient difficile l'insertion dans un milieu socioprofessionnel. Manquait en outre la confrontation de longue durée en entreprise.

Enfin, une fois l'état de santé de l'assuré stabilisé, une mesure en atelier de préparation à des activités industrielles légères (APAIL) permettrait de terminer l'évaluation.

9. Selon un rapport médical établi par le docteur B _____ le 26 mars 2007, l'assuré avait supporté son stage en atelier jusqu'à la moitié, puis il avait ressenti vertiges et tensions dans la tête lors de certains travaux. Malgré les conseils du praticien et du maître de réadaptation, il n'avait pas pu ou voulu y retourner. Il était très angoissé et en colère, et il exprimait des plaintes exacerbées. Son état de santé, jugé stationnaire, s'était dégradé le 15 février précédent. Il était revenu à son idée d'avoir subi un dégât neurologique consécutivement à l'exposition à des solvants et peintures, et il se montrait réticent à accepter une aide psychiatrique, sauf peut-être de la part du docteur A _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui l'avait examiné en 1999.
10. De l'avis exprimé le 2 avril 2007 par le docteur E _____, du SMR, on pouvait comprendre qu'après une longue période de rente, l'assuré ne fût pas très enthousiaste à l'idée de reprendre le travail, ce qui expliquait les observations faites lors du stage. L'exigibilité restait cependant celle définie par le SMR le 23 août 2006 puisqu'aux dires du docteur B _____, l'état de santé était « stationnaire ».
11. Du rapport final de réadaptation professionnelle établi par l'OCAI le 17 avril 2007, il ressort notamment qu'au vu du rapport OSER, les limitations principales de l'assuré n'étaient pas d'ordre physique et que, sur ce plan, elles restaient compatibles avec une activité professionnelle légère, dans le circuit économique, qui évitât le port de charges lourdes, le travail dans des endroits fermés et l'exposition à certains produits. Les capacités d'intégration sociale étaient difficilement compatibles avec les exigences d'un milieu socioprofessionnel dans le circuit normal, en raison de certaines difficultés psychiques, mais aussi en raison du peu d'effort que faisait l'assuré pour participer à son mieux-être. L'assuré restait bloqué sur sa situation en

mettant en avant l'inexactitude de son dossier médical, disant qu'il ne reflétait pas son état de santé réel.

Le rapport OSER mentionnait également que l'engagement de l'assuré avait été très moyen lors de la confrontation aux diverses activités durant la période d'observation. Il n'avait manifesté aucune envie claire et il avait manqué de réactivité et de curiosité ; il n'avait pas d'engagement personnel sur son avenir professionnel et son engagement dans le groupe restait moyen. Les mesures de rendement avaient été biaisées par le manque de continuité dans la tâche effectuée. En prenant régulièrement des pauses pour se promener dans l'atelier ou prendre l'air, sa productivité n'avait pas dépassé le taux de 60%, avec une qualité de travail faible.

Compte tenu du rapport précité, qui concluait que les chances de reclassement paraissaient faibles, l'assuré ne montrant que peu de motivation et n'émettant aucune proposition concrète ni de souhaits d'orientation, ainsi que de l'avis du SMR, les mesures de réadaptation étaient clôturées, le degré d'invalidité de l'assuré s'établissant, au terme de la comparaison des gains, à 46.3%. Ce taux permettait l'octroi d'un quart de rente d'invalidité et une aide au placement pourrait être accordée sur demande écrite et dûment motivée.

12. Le 30 mai 2007, l'OCAI a communiqué un projet de réduction de rente à l'assuré.
13. Celui-ci y a fait opposition par lettre du 19 juin suivant.

Annexé à ses écritures, l'assuré a produit un certificat médical, établi le 11 juin et complété le 15 juin 2007 par le docteur B_____, duquel il ressortait notamment que l'échec partiel de l'insérer dans un atelier d'évaluation-réadaptation était à mettre au compte de la pathologie dont il était affligé. Selon le praticien en effet, son patient souffrait toujours d'un trouble somatomorphe douloureux qui se manifestait par des troubles de l'attention, des vertiges subjectifs, une fatigabilité anormale à la tâche et par un état dépressif secondaire ; il avait bien répondu au traitement médicamenteux mais la pathologie principale était toujours cause d'une incapacité de travail qui était largement supérieure à celle reconnue par l'OCAI. Pour le surplus, une capacité de travail existait mais il fallait s'attendre à une diminution de rendement ; d'autre part, il n'était pas envisageable de reprendre une activité utilisant des peintures, solvants et autres produits chimiques, que son patient ne supporterait pas.

À l'acte d'opposition était également annexé un rapport médical établi le 14 juin 2007 par le docteur A_____. Ce praticien précisait notamment qu'après avoir évalué l'état de santé psychique de l'assuré en décembre 1998, alors que celui-ci ne pouvait envisager et admettre une prise en charge psychiatrique, il l'avait revu le 20 avril 2007. Sa situation n'avait guère évolué, le travail effectué avec le docteur B_____ lui permettant cependant de reconnaître qu'il avait besoin d'aide. Les événements récents montraient que l'assuré avait interrompu son stage d'évaluation

parce qu'il ne parvenait plus « à faire face ». Bien que doué d'une habileté certaine, il faisait l'objet, en cours d'ouvrage, d'un mécanisme qui pouvait survenir régulièrement dans toute situation de stress. Il était alors envahi par une anxiété incontrôlable qui pouvait se manifester, entre autres, par une difficulté à se concentrer, une tension intracrânienne « comme un élastique qui se tend de plus en plus » accompagnée d'une sorte d'étourdissement, par l'apparition d'une pesanteur douloureuse rétro-orbitaire, l'exacerbation d'une hypersudation de fond et un effondrement narcissique (sentiment d'être jugé, de ne plus pouvoir être à la hauteur).

Selon les observations du docteur A_____, l'assuré se disait destabilisé par les suites défavorables du stage. Toutes ses plaintes s'en trouvaient accentuées : troubles du sommeil, labilité émotionnelle, auto-dévalorisation et peurs diverses (de traverser une route, de prendre le volant de sa voiture, de monter dans un bus et dans un ascenseur etc.). Il se sentait seul, incompris et abandonné par les employeurs, par la famille et par sa santé. Il affirmait en effet souhaiter pouvoir retrouver une place dans la société. Il ne semblait pas satisfait de sa situation ; pourtant, il ne paraissait pas être en mesure, alors, de surmonter ce blocage.

14. Suite à un avis établi le 20 août 2007 par le docteur F_____, du SMR, l'OCAI a requis un rapport médical complet du docteur A_____, que celui-ci a dressé le 11 septembre suivant. Comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, ce praticien a retenu les diagnostics de somatisation (F45.0 dans la CIM-10) et de trouble de l'humeur, correspondant soit à une dysthymie soit à un état dépressif larvé, avec des traits de « sinistrose ».

L'activité de peintre sur automobiles ne pouvait plus être exigée de l'assuré, et sa capacité à l'exercer ne pouvait pas être améliorée. Compte tenu de son aptitude particulière pour des activités manuelles, en excluant les travaux lourds, et des limitations fonctionnelles constatées (positions debout selon les cas, à genoux et accroupie, horaire de travail irrégulier, travail en hauteur et dans certains environnements défavorables), l'exercice d'une autre activité, probablement à temps partiel, pouvait cependant être exigé, moyennant que l'assuré fût rassuré quant à ses capacités. Une diminution de rendement était en outre à prévoir au début.

15. Selon un avis médical établi le 30 novembre 2007 par le SMR, le rapport du docteur A_____ était superposable aux constatations faites par le docteur C_____ en juillet 2006. Il n'y avait donc pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré et, en tenant compte du fait que cet état s'était amélioré depuis août 2004, avec amélioration de la capacité de travail résiduelle au taux de 50% dans l'ancienne activité et de 80% dans une activité adaptée, les conclusions retenues dans l'avis médical du 23 août 2006 étaient toujours valables.
16. Par décision du 24 septembre 2008, l'OCAI a révisé le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité, portant celui-ci à un quart de rente à partir du 1^{er} no-

vembre 2008, motif pris de l'amélioration de son état de santé, son degré d'invalidité étant alors de 46%.

17. Par acte adressé au Tribunal de céans le 23 octobre 2008, l'assuré a interjeté recours contre ladite décision, concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 octobre suivant.

À l'appui de ses conclusions, le recourant fait en substance valoir que, contrairement à ce que soutient l'intimé, son état de santé ne s'était nullement amélioré, comme le montraient les certificats médicaux figurant au dossier. Pour le surplus, les rapports médicaux annexés à ses écritures attestaient toujours la présence du trouble somatomorphe douloureux et de l'état anxio-dépressif, lesquels l'empêchaient d'exercer quelque activité que ce soit.

18. Du rapport établi le 18 septembre 2008 par le docteur G_____, neurologue FMH, et par Madame H_____, psychologue FSP, il ressort notamment ce qui suit.

L'évaluation cognitive avait, sur le plan clinique, mis en évidence un comportement adéquat, une bonne collaboration dans l'exécution des tests, le patient étant « par ailleurs nosognosique de ses difficultés », qu'il pouvait décrire avec précision. Il présentait des signes anxio-dépressifs marqués (mimique faciale triste, pleurs récurrents au cours de l'anamnèse, légère agitation psychomotrice, hésitations), des fluctuations attentionnelles, un ralentissement et l'apparition de céphalées après l'administration de tests sur matériel visuel.

Au niveau « exécutif », le recourant avait présenté des scores pauvres dans les épreuves d'évocation lexicale en italien, et des difficultés légères dans une tâche d'inhibition de réponses automatiques. Sur le plan attentionnel, des signes d'inattention dans une épreuve informatisée évaluant l'attention sélective sur une longue durée avaient été constatées, ainsi qu'un ralentissement dans certaines épreuves portant sur la vitesse de traitement de l'information. Au niveau émotionnel, le recourant avait présenté des scores significativement élevés (13) dans un questionnaire d'auto-évaluation (HAD) portant sur les signes d'anxiété et de dépression.

Ce tableau cognitif mettait en évidence en premier lieu un déficit attentionnel qui se manifestait préférentiellement par un ralentissement psychomoteur modéré à sévère, qui se répercutait sur les capacités d'incitation verbale et d'inhibition. Les autres domaines neuropsychologiques investigués, et plus particulièrement les capacités d'apprentissage et la mémoire immédiate, ne révélaient pas de difficulté particulière. Les difficultés cognitives objectivées à l'examen neuropsychologique étaient probablement en relation avec la problématique psychique, mais très vraisemblablement exacerbées par les céphalées dont souffrait le patient.

Enfin, sur le plan professionnel, les déficits attentionnels mis en évidence étaient susceptibles d'affecter l'exécution d'activités recrutant des capacités d'attention soutenue sur une longue durée. Par ailleurs, les tâches nécessitant une analyse visuo-spatiale précise, comme la lecture, pouvaient provoquer des céphalées qui majoraient ainsi les troubles de la concentration.

Dans un rapport médical établi à la demande de son patient le 15 octobre 2008, le docteur A_____ a attesté que l'état de santé de celui-ci, qui présentait toujours un diagnostic de somatisation (F45.0), restait stationnaire. Parallèlement, il observait un trouble de l'humeur qui correspondait à un diagnostic, aux manifestations cliniques (variations de l'état thymique) fluctuant selon les événements, de trouble dépressif récurrent (F33), épisodes légers à sévères.

À l'examen de la décision de l'OCAI, le praticien relevait que s'il n'avait en effet connaissance d'aucune manifestation de limitation motrice, il observait des troubles avec répercussions somatiques tels que sudation et prurit. Les « limitations principales », dont il semblait ne pas avoir été tenu compte, étaient donc d'un autre ordre. D'autre part, l'OCAI évaluait « les chances de reclassement faibles » par « manque de motivation ». Il serait intéressant de connaître les arguments qui conduisaient à cette conclusion, dans l'espoir que l'interruption en cours de stage d'observation professionnelle, motivée par des raisons médicales, n'en fût pas la principale explication. Enfin, il était difficile de comprendre pourquoi une évaluation établie, reconnue et admise à un moment donné ne l'était plus à un autre moment, alors qu'entre-temps aucun changement significatif de la situation n'était apparu. Il ne lui était jamais venu à l'esprit de mettre en doute l'honnêteté du recourant ; en revanche, une vive revendication pour faire l'objet d'une reconnaissance était perceptible.

Selon le certificat médical qu'il a établi le 17 octobre 2008, le docteur B_____ a attesté que le recourant souffrait toujours d'un trouble somatomorphe douloureux qui se manifestait par des troubles de l'attention, des vertiges subjectifs, une fatigabilité anormale à la tâche et par un état dépressif secondaire. Ces troubles se manifestaient dès que l'assuré devait fixer du regard un texte ou un objet pour réaliser une tâche qui demandait une attention soutenue. Au vu des résultats de l'examen réalisé par le docteur H_____, une faible capacité de travail résiduelle existait, mais il fallait s'attendre, dans ce cas, à une diminution de rendement ; d'autre part, une activité nécessitant l'usage de peintures, solvants et autres produits chimiques, que le recourant ne supporterait pas, n'était pas envisageable.

19. Par pli du 31 octobre 2008, le recourant a produit un rapport complémentaire établi le 28 octobre précédent par le docteur A_____. Outre les diagnostics déjà posés dans son rapport du 15 octobre 2008, ce praticien précisait que, bien que le recourant souhaitât reprendre une activité professionnelle, toute activité impliquant une certaine attention devenait impossible (trouble de la concentration), pénible

(douleurs et tensions dans la tête, rétro-orbitaire), et entraînait angoisse, sudation, perturbation de la pression artérielle etc. et, finalement, effondrement narcissique. Les réalités cliniques, à savoir une inhibition ou un blocage psychogène assimilable à une sorte de phobie, étaient donc incompatibles avec le souhait du recourant de travailler à nouveau, de sorte que celui-ci était alors incapable de reprendre une activité professionnelle.

20. Au vu de ces différents documents, le SMR a, par avis du 30 janvier 2009, exposé qu'il y avait possiblement une aggravation de l'état de santé du recourant, postérieure au projet de décision mais réactionnelle à celui-ci. D'ailleurs, les médecins traitants ne réfutaient pas qu'une activité adaptée soit envisageable avec une diminution de rendement, sans toutefois le préciser expressément.

Sur le plan médical, une aggravation objective et durable de l'état de santé du recourant n'était pas admissible, mais bien une aggravation plausible et réactionnelle à la décision de diminuer la rente. Une activité ne nécessitant pas une attention soutenue et ne s'exerçant pas avec des solvants et des produits chimiques était possible à 80%, comme retenu dans ses différents avis médicaux et selon le souhait du recourant relayé par ses médecins traitants.

21. Par lettre du 3 février, complétée le 12 février 2009, l'OCAI a déclaré conclure au rejet du recours, motif pris de l'absence d'éléments nouveaux susceptibles de conduire à une appréciation différente du cas.
22. À l'audience de comparution personnelle des parties du 31 mars 2009, le recourant a notamment déclaré qu'au moment de l'examen au SMR, en juillet 2006, il se sentait un peu mieux. L'examineur, qui ne parvenait pas à se déterminer, lui avait dit qu'il l'enverrait en stage. Ce stage s'était mal terminé, en ce sens qu'il n'avait plus été en mesure de s'y rendre ; son épouse avait même dû l'y accompagner. Le stage avait été interrompu en raison de son état de santé ; il s'y était pourtant rendu confiant parce que, depuis 2004 ou 2005, il allait mieux, pouvait marcher seul et parler avec les gens.

Le recourant a fermement contesté n'avoir pas été motivé, bien au contraire ; durant le stage, il avait demandé à plusieurs reprises à parler à la psychologue, sans succès, parce qu'il transpirait à cause de ses médicaments. Pour le surplus, il a exprimé le souhait de voir son cas investigué médicalement de façon complète.

Pour sa part, l'intimé a exposé qu'il n'avait pas été donné suite à la synthèse du rapport OSER du 19 mars 2007 dès lors que, selon une note manuscrite du 2 avril 2007, le SMR avait constaté que l'état de santé du recourant était demeuré inchangé, de faibles chances de succès d'une mesure de reclassement ayant été retenues par le CIP.

23. À l'audience d'enquêtes du 12 mai 2009, le docteur A _____, entendu en qualité de témoin, a notamment déclaré ce qui suit.

Il avait reçu le recourant en 1998, pour un avis demandé par le médecin traitant de celui-ci. À cette occasion, il avait effectivement diagnostiqué un trouble somatomorphe indifférencié et constaté que le recourant n'était pas prêt à entreprendre une thérapie. Il avait revu le recourant à sa demande, au mois d'avril 2007. À cette occasion, il avait précisé son diagnostic, en ce sens que le trouble somatomorphe indifférencié « se rapproche davantage de la fibromyalgie » et que son patient ne souffrait pas de cette pathologie. En revanche, les critères de la somatisation, prévus par la CIM-10 sous F45.0, étaient réalisés. L'apparition de ce trouble datait, semblait-il, de 1976.

S'agissant des symptômes physiques, apparus peu à peu sur dix ans, le recourant souffrait notamment de nausées, de dyspnées, de douleurs thoraciques et de démangeaisons. Il souffrait également d'une très forte anxiété pouvant comporter des phobies ; il s'agissait d'un trouble chronique mais fluctuant. Depuis avril 2007, son « état psychiatrique » avait connu des améliorations, qui duraient quelques mois, suivies d'aggravations.

S'agissant de la capacité de travail du recourant, le praticien a confirmé qu'elle était nulle dans le métier de peintre en carrosserie à l'époque de son rapport du mois de septembre 2007, et que tel était encore le cas. L'incapacité de travail était fortement liée aux odeurs, notamment de solvants, que le recourant ne supportait plus ; de fait, beaucoup d'odeurs étaient devenues gênantes pour lui. Le recourant avait vécu, notamment dans sa vie professionnelle, un véritable traumatisme, et il souffrait d'un blocage qui allait bien au-delà du seul métier de peintre en carrosserie. Dès qu'il se sentait évalué, que son rendement était jugé, il perdait ses moyens ; c'était un peu comme un réflexe conditionné. La batterie des symptômes se déclenchait alors, avec notamment sudation, perte de concentration et troubles visuels. Le stage professionnel mis en place avait été interrompu pour ces motifs.

Le praticien a en outre confirmé ses rapports d'octobre 2008. L'indication du degré moyen à sévère du trouble dépressif récurrent s'expliquait par l'état thymique de son patient, qui dépendait beaucoup de l'état de stress. En ce sens, on pouvait dire que la dépression était réactionnelle à des événements stressants, mais non que l'aggravation n'était que ponctuelle et sans incidence sur la capacité de travail puisque, précisément, chaque événement stressant, en particulier professionnel, déclenchait la dépression. On pouvait donc effectivement supposer que la thymie s'améliorait dans un milieu protégé, sans événement déclencheur de stress, mais à chaque événement stressant, l'état s'aggravait à nouveau. Si les médicaments et la thérapie offraient une aide, c'était essentiellement par la disparition du facteur déclenchant que l'état pouvait s'améliorer. En l'occurrence, le trouble dépressif récurrent était

un diagnostic en soi, qui pouvait être posé en plus de la somatisation, qu'il accompagnait.

Théoriquement, une réinsertion professionnelle était possible, mais si l'on tenait compte des réalités, elle était peu probable : un milieu protégé n'existait pas sur le marché du travail. Compte tenu cependant du souhait du recourant de retrouver une place dans le monde professionnel, cette possibilité ne devait pas être exclue. Une réadaptation professionnelle pourrait donc aboutir, pour autant que « l'on se donne le temps », et que « les choses se fassent » en accompagnant le recourant, en le rassurant.

L'appréciation du cas, faite dans le rapport d'examen du SMR du 27 juillet 2006, emportait l'adhésion, sauf en ce qui concernait l'évaluation de la capacité résiduelle de travail, tout à fait hors contexte. Cette évaluation ne tenait pas compte des traumatismes professionnels que le recourant avait vécus et qui faisaient que toute perspective professionnelle était vécue comme dangereuse, menaçante. L'établissement même d'un tel rapport d'examen pouvait déclencher une aggravation de la thymie. Il était toutefois exact qu'à une certaine époque, l'état de santé du recourant s'était amélioré, comme il le reconnaissait lui-même.

En résumé, l'aggravation de l'état dépressif était réactionnelle à certains événements. Contrairement à ce que soutenait l'OCAI, il ne s'agissait pas d'événements ponctuels et sans conséquence sur la capacité de travail ; c'était plutôt le contraire, dans le sens que tout événement était susceptible d'aggraver l'état dépressif. Tant qu'une certaine reconnaissance ne lui serait pas donnée, le recourant avait peu de chances de voir son état de santé s'améliorer. Il avait été « abîmé » par le milieu professionnel et par la société, et il souffrait également du fait que l'on ne pouvait pas prouver que l'usage de certains produits avait détérioré sa santé. Par la suppression, en grande partie, de la rente d'invalidité, on ne faisait qu'« en rajouter » ; le maintien de la rente ne serait toutefois pas en soi une garantie pour qu'il recouvre un jour une réelle capacité de travail.

24. Au vu de ce qui précède, le SMR, par avis du 9 juin 2009, a notamment fait valoir qu'au cours de son audition, le docteur A_____ avait déclaré qu'à son avis, le recourant ne souffrait pas d'une fibromyalgie ; or, le diagnostic de fibromyalgie est un diagnostic posé par un rhumatologue avec des points et des symptômes précis, que le docteur A_____ n'était pas habilité à déterminer. S'agissant des diagnostics psychiatriques, ce praticien précisait que les critères de la CIM-10, sous F45.0 (trouble somatoforme indifférencié) étaient réunis. Dès lors, on ne voyait pas pourquoi ce diagnostic ne pouvait pas être posé, et pourquoi le docteur A_____ l'avait modifié.

Pour celui-ci, le diagnostic de trouble somatoforme remontait à 1976 ; ceci n'avait pourtant pas empêché le recourant de travailler jusqu'en août 1997, soit pendant

près de vingt ans. D'autre part, l'état thymique de son patient dépendait beaucoup de son état de stress ; or, il n'y avait aucun critère, dans la CIM-10, qui évaluât l'état de stress d'un patient en corrélation avec l'état thymique. D'autre part encore, le docteur A_____ précisait que la dépression était réactionnelle à des événements stressants, ce qui infirmait donc le diagnostic de trouble dépressif au sens de la CIM-10. S'agissant d'un trouble réactionnel à une situation stressante, une telle atteinte n'entraînait habituellement pas d'incapacité de travail durable. Enfin, le praticien supposait que la thymie s'améliorait dans un milieu protégé sans événement déclencheur de stress mais qu'à chaque événement stressant, l'état s'aggravait à nouveau ; or, l'évaluation professionnelle avait été faite non pas dans un milieu professionnel habituel mais plutôt dans un cadre relativement protégé. Les propos du docteur A_____ étaient donc très contradictoires, puisqu'il disait à la fois que, sur le plan théorique, une réinsertion professionnelle était possible mais qu'elle n'était pas possible hors milieu protégé.

En outre, ce médecin se déclarait d'accord avec le texte du rapport de l'examen psychiatrique du 27 juillet 2006 mais il en écartait la capacité de travail exigible, sans donner des raisons très concrètes puisqu'il mentionnait qu'il était d'accord avec une amélioration de l'état de santé du recourant mais non avec l'exigibilité. Sur ce point, il avait par ailleurs déclaré qu'une telle amélioration était peu probable, ce qui était également contradictoire. Pour le surplus, le docteur A_____ n'avait pas précisé le point de savoir si le recourant était capable de tout mettre en œuvre pour réduire son préjudice, ce qui devait bien être le cas.

25. Par lettre du 15 juin 2009, l'OCAI a déclaré faire siennes les conclusions du SMR, et persister dans ses conclusions visant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.
26. Pour sa part, le recourant a, par lettre du 14 juillet 2009, fait valoir que le docteur A_____ avait toujours attesté une capacité de travail nulle pour des motifs psychiques, dans tout type d'activité, et affirmé la possibilité d'une évaluation en milieu protégé, de sorte qu'il n'y avait nullement contradiction dans ses propos.

La documentation médicale figurant au dossier mettait, elle aussi, en évidence que ses troubles psychiques étaient d'une gravité telle qu'elle empêchait une reprise du travail et qu'il n'y avait jamais eu d'amélioration sensible. Une telle amélioration n'avait été diagnostiquée que par le docteur B_____, qui n'est pas psychiatre, en août 2004. L'évaluation par le SMR, en juillet 2006, contenait en outre un diagnostic bien plus sévère que celle sur la base de laquelle la rente entière d'invalidité lui avait été accordée à l'origine. Partant, le recours devait être admis.

27. Par lettres du 27 juillet 2009, le Tribunal de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 23 octobre 2008 conformément à l'art. 39 al. 1^{er} LPGA est recevable.
4. Le litige porte sur le droit du recourant au maintien, au-delà du 1^{er} novembre 2008, du versement d'une rente entière d'invalidité. Singulièrement, il s'agit de trancher la question de savoir si c'est à bon droit que l'OCAI a considéré que l'état de santé du recourant s'était amélioré de façon significative entre le 30 août 2001 et le 24 septembre 2008.
5. Aux termes de l'art. 17 al. 1^{er} LPGA en effet, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

L'art. 88a al. 1^{er} du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), précise notamment que si la capacité de gain 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.

Le point de savoir si un changement notable des circonstances 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 qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (*ibid.* consid. 3.5).

En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

6. À cet égard, il y a lieu de préciser que, sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves par le juge des assurances sociales, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe 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 sur-expertise 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).

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 (*ibid.* consid. 3b/bb).

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 celui-ci (*ibid.* consid. 3b/bb et cc).

Enfin, le simple fait qu'un médecin consulté est lié à l'administration 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 (*ibid.* consid. 3b/ee ; ATFA

du 13 mars 2000, I 592/99). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (*ibid.* ; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03, consid. 3.1).

7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

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^{er} LPGA et 4 al. 1^{er} LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain (art. 7 al. 1^{er} et al. 2, 1^{ère} phrase LPGA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est donc une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (voir ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (ATFA du 7 juillet 1998, I 198/97, consid. 3b, publié *in* VSI 1998, p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA quand cette activité ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATFA du 30 avril 1991, I 350/89, consid. 3b, publié *in* RCC 1991, p. 329).

En présence d'un état psychique malade, il y a plus précisément lieu de se demander si, et dans quelle mesure, la personne assurée peut, malgré l'atteinte à sa santé psychique, exercer une activité lucrative sur un marché du travail équilibré correspondant à ses aptitudes. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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. Pour ce faire, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il ne suffit donc pas de constater que l'assuré n'exerce pas une activité lucrative suffisante ; il convient bien davantage de savoir 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 qu'une telle exigence serait insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; ATFA du 31 janvier 2000, I 138/98, consid. 2b, publié *in* VSI 2001, p. 223 ; voir aussi l'ATF 127 V 298 consid. 4c *in fine*).

8. En l'espèce, la décision du 30 août 2001 a été rendue par l'intimé au vu des conclusions du rapport d'expertise multidisciplinaire établi par le COMAI le 17 mai précédent. Selon ce rapport, le recourant souffrait alors, sur le plan psychique, d'un trouble somatomorphe douloureux persistant (F45.4), de troubles psychosomatiques multiples (F45.0) et de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (F33.11) qui justifiaient une incapacité de travail de 75%.

Selon le rapport de l'examen psychiatrique réalisé par le docteur C_____ le 27 juillet 2006, dont les diagnostics ne sont pas contestés par le docteur A_____, le recourant souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisodes moyens à sévères, alors en rémission partielle, d'un trouble somatomorphe indifférencié (F45.1) et de claustrophobie (F40.2). Pour le docteur C_____, le premier diagnostic ayant seul des répercussions sur la capacité de travail du recourant, il justifiait une incapacité de travail de 50% dans l'activité exercée auparavant et de 20% dans une activité adaptée.

La comparaison des deux évaluations précitées laisse apparaître que, sur le plan clinique, les constatations, faites en 2001 et 2006 respectivement, sont globalement superposables. Sur le plan de l'évaluation des conséquences des troubles constatés sur la capacité de travail du recourant, en revanche, les avis diffèrent de manière décisive.

À cet égard, il sied d'abord d'observer que ni le recourant ni ses médecins traitants ne contestent qu'en 2004 et 2005, l'état de santé psychique du premier ait présenté les signes d'une amélioration sensible, de telle sorte qu'une évaluation et des mesures de réadaptation professionnelle ont alors paru offrir quelques chances de succès.

L'évaluation alors mise en œuvre par le CIP n'a toutefois pas abouti. Sur ce point, l'OCAI a notamment relevé que si les troubles psychiques du recourant pouvaient certes expliquer ses faibles capacités d'intégration dans un milieu socioprofessionnel normal, l'échec de la mesure s'expliquait aussi par le peu d'effort qu'il faisait pour participer à son mieux-être. Autrement dit, le recourant ne faisait pas preuve de la bonne volonté qu'on pouvait attendre de lui pour surmonter ses limitations et, partant, pour empêcher la diminution de sa capacité de gain. Au cours de l'évaluation, il n'avait manifesté aucune envie claire, il avait manqué de réactivité et de curiosité, il n'avait pas d'engagement personnel sur son avenir professionnel, et les mesures de rendement avaient été biaisées par un manque de continuité dans les tâches effectuées.

Pour les divers médecins consultés depuis lors, l'échec de l'évaluation était bien plutôt à mettre sur le compte d'un « blocage psychogène », qui avait pour conséquence qu'en situation de stress, causé notamment par la crainte de l'évaluation du travail effectué, le recourant présentait des symptômes incompatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle, quelle qu'elle fût. L'évaluation cognitive du recourant avait en effet montré que des signes anxio-dépressifs marqués, des fluctuations attentionnelles, un ralentissement et des céphalées apparaissaient lors de l'exécution de tâches requérant une attention soutenue pendant un certain temps. L'honnêteté du recourant n'étant pas à mettre en doute, celui-ci était tout simplement, du fait des limites de ses compétences et des limitations fonctionnelles constatées, dans l'incapacité de se projeter dans une activité professionnelle différente de celle qu'il avait connue et, dans le même temps, dans l'incapacité de reprendre cette activité.

À l'examen des divers avis médicaux exprimés, dont la valeur probante n'est pas douteuse, il apparaît en effet que le recourant se trouve dans une impasse : d'une part, il souhaite reprendre une activité professionnelle en raison de la piètre opinion qu'il a de son statut d'invalidé et d'un légitime besoin de reconnaissance sociale, laquelle devrait être exercée dans un espace ouvert et ne devrait pas le mettre en présence de certains produits jugés néfastes ; d'autre part, il souffre avant tout d'« effondrements narcissiques » – ou dans l'angoisse de tels effondrements – qui sont causés par le jugement que lui-même ou d'autres pourraient porter sur l'ouvrage accompli. On ne voit donc pas comment la satisfaction du besoin de reconnaissance du recourant, dont le docteur A_____ fait une condition essentielle à l'amélioration de son état de santé, pourrait un jour être acquise puisqu'elle dépend de l'exercice d'activités qui, quelles qu'elles soient, font justement naître les troubles psychiques qui en rendent l'exercice impossible. On doit alors s'étonner que, face à une telle situation, l'OCAI, à la suite du CIP, ait tout bonnement renoncé à mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel autres qu'une aide au placement.

Force est en outre de constater que l'ensemble des médecins consultés s'accordent à considérer que les troubles éprouvés par le recourant présentent un caractère récurrent et une labilité importants. Abstraction faite des causes qui pourraient expliquer les limitations fonctionnelles constatées, personne ne met en doute que l'état de santé du recourant présentait un caractère « fluctuant » marqué. Dans ces circonstances, il n'est pas étonnant que le résultat des examens médicaux menés un certain jour soit contredit par le résultat des mêmes examens menés quelques temps plus tôt ou plus tard. Autrement dit, seul un ensemble de résultats recueillis pendant une période suffisamment longue est susceptible de satisfaire aux conditions légales mises à l'évaluation du degré d'invalidité.

À cet égard, il s'impose de retenir qu'entre le 30 août 2001 et le 24 septembre 2008, la vraisemblance d'une amélioration de l'état de santé du recourant, susceptible de se maintenir pendant une période relativement longue sans interruption notable n'a pas été établie. Il n'apparaît pas en effet que les constats encourageants rapportés par le docteur B_____, qui n'est pas psychiatre, et par le docteur C_____, permettaient de conclure à l'augmentation d'une capacité de gain au sujet de laquelle le docteur A_____ faisait état d'un pronostic défavorable en 1998 déjà. En d'autres termes, un motif de révision, au sens de la jurisprudence rappelée plus haut, ne ressort pas clairement du dossier.

À cela s'ajoute que l'intimé n'est pas parvenu à montrer dans quelle mesure le recourant pourrait, en dépit de l'atteinte à sa santé psychique, exercer une activité lucrative correspondant à ses aptitudes sur un marché du travail équilibré. Les arguments développés par l'intimé ne permettent en particulier pas de déterminer quelle activité pourrait être raisonnablement exigée du recourant. En l'état, le contenu du dossier constitué tend davantage à faire admettre que, pour des raisons sociales et pratiques, on ne pouvait exiger du recourant, en 2008 plus qu'en 2001, qu'il mît à profit sa capacité résiduelle de travail, dès lors qu'une telle exigence paraissait largement irréaliste, voire insupportable pour la société.

Partant, c'est à tort que l'OCAI a procédé à la révision de sa décision du 30 août 2001. Le recours devra par conséquent être admis.

9. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Au vu du nombre des écritures échangées et des audiences, ainsi que de l'importance et de la complexité du présent litige, cette indemnité sera fixée à 2'250 fr.

Pour le surplus, un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'OCAI en application de l'art. 69 al. 1^{bis} LAI.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision rendue par l'OCAI le 24 septembre 2008.
3. Condamne l'intimé à verser une indemnité de 2'250 fr. au recourant, à titre de dépens.
4. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG

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