RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/474/2005 **ATAS/1087/2005**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 12 décembre 2005

En la cause

Monsieur P_____, représenté par CARITAS GENEVE, Madame F_____, dans les locaux duquel il fait élection de domicile	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, à Genève	intimé

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames, juges.

EN FAIT

1. Monsieur P_____, né le 21 avril 1961, marié et père de deux enfants nés en 1987 et 1995, travaillait comme agent d'exploitation escale (chargements et déchargements des bagages, de la poste et du fret) pour X_____SA (initialement Y_____ SA) depuis le 1er mai 1990. Il a présenté une incapacité totale de travail depuis le 25 juillet 2000 et a été licencié pour le 31 mars 2002. De 1980 à 1990, il avait travaillé comme machiniste pour l'entreprise générale du bâtiment Roger MASURA.

2. Le 2 décembre 1999, le Dr A_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie FMH, a attesté de rachialgies chroniques et d'un diabète sucré de type II. En outre, trois ans auparavant, le patient avait chuté sur la nuque et présentait depuis lors des cervicalgies et des céphalées, ainsi que des douleurs aux jambes.

3. Le 15 septembre 2000, le Dr B_____, chef de clinique du service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), a relevé que l'assuré avait développé une nouvelle crise de lombalgies deux mois auparavant. La douleur était importante. L'IRM montrait une discrète discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale. Il était indispensable d'orienter le patient vers une reconversion professionnelle.

4. Le 6 novembre 2000, le Dr A_____ a constaté une aggravation de l'état du patient avec apparition de douleurs lombaires. Un travail moins lourd était indiqué.

5. Le 30 novembre 2000, la Clinique de rééducation des HUG a attesté que le programme « objectif dos » n'avait pu être suivi car le patient était trop algique.

6. Le 9 février 2001, une IRM de la colonne cervicale a mis en évidence une hernie discale en C5-C6, paramédiane gauche appuyant sur la partie antérieure gauche du fourreau dural à l'émergence de racine C6 gauche.

7. Le 14 février 2001, le Dr A_____ a attesté de cervicobrachialgies C6 gauches, sans déficit neurologique. Il convenait de continuer le traitement médicamenteux et de faire de la physiothérapie.

8. En date du 14 février 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité visant à un reclassement dans une nouvelle profession.

9. Le 22 mars 2001, le Dr C_____, médecin traitant de l'assuré, a attesté de rachialgies chroniques depuis 1999 et d'un diabète sucré. L'état de santé s'était progressivement aggravé avec l'apparition de sciatalgies au membre inférieur droit et d'un syndrome dépressif.

10. Les 26 novembre 2001 et 26 février 2002, des tomodensitométries thoraciques pratiquées à l'occasion d'une toux productive du patient ont mis en évidence de multiples adénopathies médiastinales, ainsi que des nodules sous-pleuraux et intra-parenchymateux, pouvant entrer dans le cadre d'une sarcoïdose.

11. Le 17 avril 2002, le Dr D_____, médecin adjoint au département de chirurgie des HUG, a posé le diagnostic d'adénopathies médiastinales granulomateuses et effectué une intervention consistant en une médiastinoscopie. Les suites opératoires ont été simples (cf. rapport du 25 avril 2002 des HUG).

12. Le 8 mai 2002, le Dr E_____, pneumologue, a diagnostiqué une très probable sarcoïdose avec atteinte ganglionnaire et parenchymateuse pulmonaire. Un traitement d'Axotide avait été introduit avec succès; l'interruption de ce traitement durant quelques jours avait entraîné une récidive de la symptomatologie.

13. Le 22 mai 2002, le Dr C_____ a attesté que l'ancienne activité du patient n'était plus exigible. L'état de santé s'était aggravé dès lors qu'on avait découvert une probable sarcoïdose.

14. Dans un rapport du 21 octobre 2002, le Service médical régional AI (SMR Léman) de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a relevé que malgré l'histoire médicale du patient relativement chargée, il n'y avait pas de pathologie clairement invalidante. Il fallait toutefois entreprendre un examen pluridisciplinaire afin de déterminer la capacité de travail et l'aptitude à des mesures professionnelles.

15. Dès le 1er décembre 2002, l'assuré a bénéficié de prestations de l'Hospice Général.

16. Selon un rapport du 18 juin 2003 de la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI, les enfants et l'épouse de l'assuré étaient retournés vivre au Portugal depuis un an. L'assuré ne pensait pas pouvoir retravailler. Le réadaptateur a proposé de retourner le dossier au SMR Léman pour expertise.

17. Le 9 octobre 2003, le SMR Léman a requis des expertises médicales des Drs A_____ et E_____.

18. Le 28 novembre 2003, le Dr A_____ a rendu son rapport d'expertise. Le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail était celui de syndrome douloureux chronique évocateur d'une fibromyalgie et ceux sans répercussion sur la capacité de travail, consistaient en une obésité, une sarcoïdose stade II et un diabète de type II. Le patient était capable d'exercer une activité professionnelle légère à 75 % au moins autorisant les changements de positions et ne nécessitant pas le port de lourdes charges. Le Dr A_____ a formulé les remarques suivantes: "Sur le plan de l'examen clinique, malgré l'expression d'une vive douleur diffuse tout au long de l'examen, le patient ne présente pas réellement de

limitation fonctionnelle si ce n'est lors des épreuves de mobilité du rachis, où la collaboration n'a probablement pas été optimale. En conséquence, sur le plan rhumatologique, le patient ne présente certainement plus les compétences physiques pour exécuter des travaux lourds tels qu'il les exerçait auparavant à savoir manœuvre sur les chantiers du bâtiment ou bagagiste à l'aéroport chargé de remplir et vider les soutes des avions. En revanche, je pense que son état de santé, sur le plan rhumatologique, est compatible avec une activité légère, qui ne nécessiterait ni le port de charges importantes, ni le maintien d'une position statique prolongée mais lui permettrait d'exécuter des tâches variées autorisant des changements de position fréquents. Dans cette perspective, j'ai abordé la question d'un reclassement professionnel avec le patient, qui y est formellement opposé, estimant qu'il n'est plus capable de travailler dans ses conditions de santé actuelles. Au plan physique, *l'assuré* ne présente pas de limitation fonctionnelle objective avec les quatre membres et l'examen de la mobilité du rachis est suboptimal compte tenu d'une collaboration limitée probablement par les douleurs. Il ne présente néanmoins pas de dommage organique au rachis de façon importante. La capacité de travail résultant de la situation médicale du patient est toutefois limitée pour les travaux lourds. Au plan psychique et mental ainsi qu'au plan social, je ne puis me prononcer sur la possibilité d'un éventuel état dépressif mais il ne me semble pas que le patient présente de trouble psychiatrique marqué. La situation personnelle de *l'assuré* est bien entendu en défaveur d'un retour au travail, tout au moins en Suisse, puisque son épouse et ses deux enfants sont déjà rentrés au pays et il est évident que le patient souhaite les rejoindre dans les meilleurs délais. Dans son esprit, il a tiré un trait sur sa carrière professionnelle sur sol helvétique".

19. Le 2 février 2004, le Dr E_____ a rendu son rapport d'expertise. Il a diagnostiqué une sarcoïdose de stade II et une rhinite chronique et formulé les remarques suivantes : "Sur le point de vue pneumologique, ce patient présente une sarcoïdose de stade II avec un bilan fonctionnel pulmonaire essentiellement normal sous réserve du diagnostic différentiel de la toux chronique qu'il présente et dont les deux causes les plus probables sont soit la sarcoïdose, soit la rhinite chronique, rhinite qui lors de la deuxième évaluation était toujours présente mais non traitée et qui garde donc un diagnostic différentiel ouvert. Quoi qu'il en soit sur le plan fonctionnel, le patient ne me semble pas devoir être limité par cette sarcoïdose sous réserve de la toux. Le pronostic sur le plan de la sarcoïdose est évidemment impossible à prédire quoique les éléments actuels sur le plan fonctionnel sont parfaitement favorables et ne devraient pas déterminer de restriction. Au plan physique, sur le plan de la capacité fonctionnelle pulmonaire, il n'y a pas de limitation (sous réserve de la toux chronique). Sur le plan physique et mental, la sarcoïdose peut probablement se surajouter aux multiples autres plaintes que présente le patient mais celle-ci ne me semble pas ressortir au premier plan".

20. Le 5 avril 2004, le SMR Léman a relevé qu'aucune psychopathologie invalidante n'était suspectée dans les expertises. Une activité adaptée à un taux d'au moins 75% était exigible.

21. Le 28 avril 2004, l'OCAI a décidé d'ordonner une mesure d'orientation professionnelle pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle.

22. Selon un rapport de la réadaptation professionnelle du 10 juin 2004, le degré d'invalidité s'élevait à 37%, compte tenu de la comparaison des revenus avant invalidité de 60'750 fr. 20 et après invalidité de 38'281 fr. Des mesures professionnelles s'avéraient en outre inutiles en raison de l'attitude de l'assuré qui s'estimait totalement incapable de travailler.

23. Par décision du 1er juillet 2004, l'OCAI a refusé toute prestation à l'assuré. En effet, les experts A_____ et E_____ avaient conclu à une capacité de travail d'au moins 75%, d'où découlait après comparaison des revenus avant et après invalidité un degré d'invalidité de 37% n'ouvrant pas droit à une rente; il n'y avait en outre pas lieu d'envisager des mesures professionnelles.

24. Le 29 juillet 2004, l'assuré s'est opposé à cette décision en relevant que son état s'était péjoré, s'agissant de l'aspect pulmonaire et psychique. Il a requis une expertise psychiatrique et contesté être opposé à des mesures d'orientation professionnelle.

25. Le 10 novembre 2004, le Dr C_____ a attesté que l'état du patient était stationnaire (toux chronique, fatigue).

26. Le 22 novembre 2004, le SMR Léman a relevé que l'aspect pulmonaire avait été examiné avec soin et que le rhumatologue n'avait pas suspecté la présence d'une affection psychique invalidante.

27. Par décision du 3 février 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition, faisant valoir que le Dr C_____ n'avait attesté d'aucune aggravation de la situation, ni de changement dans les diagnostics et que l'aspect pulmonaire avait été exploré avec soin. Aucune affection psychique n'était par ailleurs suspectée.

28. Le 1er mars 2005, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, ainsi que, subsidiairement, à ce que le Tribunal procède à une expertise multidisciplinaire. L'OCAI n'avait pas tenu compte dans le calcul de l'invalidité de sa situation personnelle, sans formation professionnelle et peu scolarisé. En outre, aucune activité adaptée n'était actuellement possible et l'OCAI n'avait d'ailleurs jamais proposé de reconversion professionnelle. Il souffrait enfin d'une dépression sévère.

29. L'assuré a versé à la procédure une attestation du Service de psychiatrie adulte des HUG du 17 mars 2005 selon laquelle il était suivi au Centre de thérapie brève (CTB) des Pâquis depuis le 15 février 2005 en raison d'un épisode dépressif sévère.

30. Le 12 avril 2005, l'OCAI a conclu au rejet du recours, en précisant que comme la condition de l'aptitude subjective de réadaptation n'était pas réalisée, il avait été renoncé aux mesures professionnelles. Par ailleurs, l'état dépressif attesté le 17 mars 2005 était clairement réactionnel à la décision négative de l'OCAI et ne pouvait dès lors être pris en compte.

31. Le 2 mai 2005, le Tribunal cantonal des assurances sociales a tenu une audience de comparution personnelle des parties. Le recourant a déclaré ce qui suit :

"J'ai été suivi 5 à 6 semaines par le CTB des Pâquis puis par le Dr F_____, psychiatre. Je suis actuellement en traitement chez lui. Je suis sous traitement d'antidépresseurs. Depuis un an, je prends des médicaments qui m'étaient ordonnés par le Dr C_____. Mon état s'est aggravé depuis une année. J'ai des douleurs aux cervicales, à la tête, dans les épaules, dans les jambes, à la suite de mes hernies discales, dans les os des jambes, ainsi que des picotements dans les bras. Je souffre toujours de ma maladie pulmonaire, je prends de l'Axotide 500, 3 fois par jour. C'est le Dr E_____ qui me l'a prescrit, je le prends depuis environ 2 à 3 ans. Actuellement, c'est le Dr C_____ qui me prescrit ces médicaments et qui me fait ces contrôles. Je vois le Dr E_____ sur demande du Dr C_____ uniquement. La toux m'occasionne des douleurs thoraciques et me réveille parfois la nuit. Mon état dépressif sévère était pour moi déjà présent avant la consultation au CTB des Pâquis. Je rappelle que mon état s'est aggravé depuis une année. Parfois je suis trop fatigué pour sortir. La nuit j'ai des insomnies. C'est comme si je travaillais à plus de 100 %. J'ai toujours dit que je voulais essayer d'exercer un travail adapté mais je ne sais pas si je pourrais y arriver. Je réfute le fait que je voudrais retourner le plus vite possible au Portugal. Je n'ai jamais déclaré cela à un représentant de l'Office de l'assurance-invalidité. Je maintiens ma demande de mesures de réadaptation. Je précise que le Dr A_____ m'avait dit que je pouvais tenter une réadaptation à temps partiel et que l'OCAI m'a répondu que cela n'était pas possible, que seule une activité à plein temps pouvait être tentée".

L'OCAI a déclaré ce qui suit :

"Le certificat médical du département de psychiatrie nous a été communiqué après la décision sur opposition, la dépression n'est pour nous pas pertinente. Je suppose que les médecins avaient écarté un état psychologique pathologique et que c'est pour cette raison qu'aucune expertise psy n'avait été ordonnée. S'agissant des mesures de réadaptation, je crois savoir que *le recourant* n'était pas motivé et qu'il souhaitait retourner le plus vite possible au Portugal. Selon le rapport du service de

réadaptation professionnelle, *le recourant* estime qu'il ne peut plus travailler. C'est pour cela que nous parlons de défaut d'aptitude de réadaptation".

Les parties se sont déclarées d'accord avec le principe d'une expertise psychiatrique et ont pu se déterminer tant sur le choix de l'expert que sur la mission d'expertise, qui ont été acceptés.

37. Par courrier du 12 juillet 2005, l'OCAI a transmis au Tribunal de céans une décision de l'assurance-chômage du 6 juillet 2005 qui déclarait l'assuré inapte au placement dès le 10 février 2005.

38. Le Dr G_____, psychiatre, a rendu son rapport d'expertise le 2 août 2005. Il avait reçu l'expertisé les 16 juin et 21 juillet 2005 (70 et 60 minutes), avait eu un entretien téléphonique avec le Dr C_____, médecin traitant, le 21 juillet 2005 et avait confié l'évaluation psychologique de l'expertisé à Madame H_____, psychologue. Selon l'examen psychologique, l'assuré présentait un niveau intellectuel qui se situait dans un registre ayant valeur de maladie au sens de la classification internationale des maladies, CIM-10, avec un QI de 61. Il souffrait de difficultés de compréhension des consignes et donnait l'impression d'avoir plus de moyens qu'il n'en avait en réalité. Sa capacité d'abstraction était très réduite et il présentait une faible capacité à intégrer et à gérer les conflits, dont il avait tendance à nier l'existence. Enfin, il présentait un fonctionnement psychologique du registre de la dépendance, ayant besoin d'être stimulé, encouragé, confirmé et rassuré. Les résultats de l'examen psychologique contribuaient à expliquer le bon fonctionnement de l'expertisé dans des conditions bien spécifiques (tâches simples et concrètes dans un contexte connu, dans un environnement soutenant). Les indications de la psychologue pouvaient aussi expliquer l'appréhension de l'expertisé face à l'inconnu, son manque d'assurance en général et son anxiété.

L'expert psychiatre a diagnostiqué un trouble panique, une personnalité anxieuse et dépendante, un épisode dépressif léger et un retard mental léger. Il a formulé les remarques suivantes : "Le trouble panique est actuellement l'affection psychiatrique qui se trouve au premier plan. Le trouble dépressif a régressé à un degré d'intensité légère actuellement (sévère en mars 2005). Il persiste une humeur triste, un retrait social, des troubles du sommeil, une perte de plaisir aux choses agréables (anhédonie), de la fatigue et de la fatigabilité, une perte de l'élan vital. Les facteurs limitant la capacité de travail au long cours, dans le sens qu'ils rendent impossible des mesures de reclassement professionnel en fonction de l'atteinte du rachis et de la toux chronique, sont le trouble de la personnalité anxieux, immature et dépendant de l'expertisé, ainsi que ses ressources intellectuelles de l'ordre du retard mental léger selon la CIM-10 (QI de 61 dans une évaluation réalisée selon les critères de la CIM-10) ". L'expert psychiatre a encore relevé que l'expertisé n'avait pas d'autres atouts que sa force physique à mettre en valeur et que son corps le lâchait de plus en plus, ce qui le désécurisait. Sa problématique de dépendance ne l'avait pas

empêché de travailler durant une vingtaine d'années, mais elle contribuait maintenant à décompenser définitivement un équilibre devenu précaire par les atteintes multiples à la santé physique. Il y avait lieu de tenir à l'esprit que les atteintes somatiques multiples de l'assuré, même si elles n'étaient pas invalidantes à titre individuel, s'additionnaient et impliquaient pour lui une perte de la confiance dans son corps et dans son environnement, cela d'autant plus que les messages reçus au moment de l'investigation de la sarcoïdose avaient suscité des émotions fortes, telle l'annonce d'un possible cancer.

Répondant à des questions posées par le Tribunal de céans, l'expert psychiatre a indiqué ce qui suit : "Le degré de gravité de ces troubles "psychiques" est moyen actuellement et globalement. Si les atteintes chroniques (faibles capacités intellectuelles et personnalité anxieuse-dépendante) peuvent être qualifiées de légères, la décompensation aiguë qui peut en résulter lorsque l'expertisé est dépassé par les pressions psychiques qu'il subit, pour prendre la forme d'un épisode dépressif sévère ou celle d'attaques de panique à intervalles rapprochés, doit être qualifiée de sévère". (…) "Oui, ces troubles ont valeur de maladie au sens de la CIM-10 et selon l'usage médical. Il me semble important de préciser que l'incapacité de travail dans laquelle se trouve *l'expertisé* n'est pas la conséquence de la séparation familiale, mais bien la conséquence des attaques de panique et de l'état dépressif que *l'expertisé* subit dans ce contexte, tenant compte de ses atteintes à la santé physique et de ses ressources intellectuelles et affectives plus que limitées". (…) "Un tel diagnostic [troubles somatoformes douloureux ou fibromyalgie] ne me paraît pas pertinent dans ce cas actuellement alors que des lésions cervicales et lombaires sont confirmées radiologiquement et ont fait proposer au médecin spécialiste des mesures de reconversion professionnelle. Si *l'expertisé* peut paraître démonstratif, c'est qu'il n'est pas en mesure de mentaliser et de verbaliser ses difficultés et qu'il n'a pas d'autre possibilité d'appeler à l'aide que de s'accrocher à quelque chose qui a valeur de maladie à ses yeux et qui doit être objectivé par autrui. La dimension du syndrome douloureux disparaît actuellement derrière l'atteinte psychiatrique, bien plus importante". (…) "*L'expertisé* ne peut pas exercer d'activité lucrative. A mon avis, il n'a même plus les ressources pour œuvrer de manière satisfaisante dans un atelier protégé. Il s'agit d'une personne qui a comme seul atout sa force physique et qui a de gros problèmes intellectuels. Il est anxieux et sa capacité d'adaptation est faible, sans même tenir compte des affections somatiques, de leur évolution fluctuante et de leur traitement, affections bien réelles, même si elles ne sont pas invalidantes prises isolément. *L'expertisé* était probablement en incapacité de travail définitive depuis son incapacité d'assumer son dernier emploi du fait des douleurs du rachis, en juillet 2000. Son équilibre psychique a été fortement perturbé par le départ de sa famille en été 2001, de toute évidence bien plus que l'expertisé ne l'exprime. Il est délicat de déterminer à quel moment le projet de retour au Portugal de la part de l'épouse a été verbalisé, impliquant dès lors inévitablement la survenue d'un état

anxieux majeur et déstabilisant chez l'expertisé, personnalité fondamentalement dépendante et anxieuse. La sarcoïdose, diagnostiquée au début de 2002 et toujours présente, a encore fragilisé l'expertisé. Le pronostic est réservé et *l'expertisé* ne retrouvera certainement plus de capacité lucrative, même si son état, psychique et physique, peut légèrement s'améliorer". (…) "Ma réponse aux questions aurait indubitablement été la même en février 2005, si ce n'est que le tableau clinique aurait été plus sévère. En effet, *l'expertisé* semble actuellement plutôt bénéficier d'une stabilisation de sa santé psychique depuis qu'il bénéficie d'une prise en charge psychiatrique. Il réussit à ne pas se laisser envahir par les attaques de panique et l'humeur dépressive est moins intense. Les facteurs véritablement limitant sur le plan de la capacité de travail chez cette personne sont l'atteinte dégénérative du rachis qui l'empêche de mettre en valeur sa force musculaire, les difficultés intellectuelles majeures, présentes depuis l'enfance, son organisation de personnalité anxieuse, immature et dépendante, présents depuis l'enfance, mais manifestes depuis le départ de l'épouse. L'état dépressif apparu il y a une année et qualifié de sévère par les psychiatres du CTB des Pâquis en février-mars 2005, ainsi que les attaques de panique, développement aigu de l'anxiété généralisée et chronique chez cette personne, constituent les manifestations psychiques maladives liées à la perte du contrôle sur lui-même et sur son environnement proche que *l'expertisé* vit". (…) "De telles mesures [mesures de réadaptation professionnelle] ne me paraissent pas envisageables. *L'expertisé* est atteint dans sa santé physique (rachis et toux, myopie). Il s'agit d'un travailleur de force, dont les capacités intellectuelles sont insuffisantes pour exercer une autre activité lucrative. *L'expertisé* a des difficultés de compréhension et des difficultés de verbalisation. Il est anxieux et a besoin d'un soutien continu. Il me semble qu'un environnement protégé pourrait répondre à ses aspects, mais l'atteinte narcissique inhérente à une telle activité et l'éloignement du milieu familial risqueraient fort de replonger l'expertisé dans un état dépressif rendant toute réinsertion illusoire".

38. Invité à se prononcer sur l'expertise, le recourant a, par courrier du 18 août 2005, indiqué qu'il faisait siennes les conclusions de l'expertise psychiatrique.

39. Par courrier du 15 septembre 2005, l'OCAI a persisté dans les termes et conclusions de sa réponse du 12 avril 2005, joignant à son courrier un avis du Dr I_____ du SMR Léman du 1er septembre 2005. Le Dr I_____ a formulé les remarques suivantes : Selon la CIM-10, l'on ne devait pas faire un diagnostic principal de troubles paniques quand le sujet présentait un trouble dépressif au moment de la survenue des attaques de paniques ; celles-ci étaient, dans ce cas, probablement secondaires à la dépression (cf. F41.0 CIM-10). La description de la CIM-10 correspondait exactement à la situation de l'assuré qui avait réagi avec une symptomatologie dépressive au refus de prestations. Il s'agissait manifestement d'une symptomatologie réactionnelle, donc limitée dans le temps et abordable par un traitement. Cette réaction de l'assuré était compréhensible dans sa situation difficile, mais ne constituait pas pour autant une

affection invalidante et durable. L'épisode dépressif était d'ailleurs actuellement considéré comme léger. S'agissant de la personnalité anxieuse et dépendante et du retard mental léger, ils étaient préexistants et n'avaient pas empêché le recourant de travailler en Suisse de 1980 à juillet 2000. Les conclusions de l'expert appelaient en outre les commentaires suivants : celui-ci avait fait une appréciation rétrospective à partir d'une affection actuelle survenue au début de l'année 2005 et déduit que cette affection, qui n'avait jamais nécessité ni consultation spécialisée ni traitement auparavant, était responsable d'une incapacité de travail depuis juillet 2000. L'expert estimait également qu'une reconversion professionnelle était impossible chez un homme anxieux, immature, voire infantile, ayant besoin d'un support affectif intense, alors qu'il évoluait de plus en plus seul en Suisse. Le fait qu'il soit seul était la conséquence d'une décision personnelle et n'était pas un facteur à prendre en charge par l'assurance-invalidité. Il était également faux de dire que seuls les travaux de force étaient accessibles à l'assuré car il existait des travaux manuels peu qualifiés, qui ne nécessitaient pas beaucoup de force physique. Enfin, selon les critères de gravité actuels (épisode dépressif qualifié de léger), cette affection n'avait pas valeur de maladie invalidante.

40. En date du 21 novembre 2005, une audience d'enquêtes s'est tenue devant le Tribunal de céans. Le Dr G_____ a été entendu à titre de témoin. Il a notamment déclaré qu'il avait exclu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux en raison de l'atteinte au rachis constatée par le Dr A_____. La personnalité anxieuse et dépendante et le retard mental existaient alors que l'assuré travaillait mais étaient compensés par la force physique et le travail simple et répétitif, ainsi que par l'entourage familial. De l'avis de l'expert, le recourant ne pouvait réussir une reconversion professionnelle en raison du retard mental léger et de la situation familiale actuelle qui était désécurisante pour lui. On pourrait imaginer un travail adapté possible, mais l'expertisé présentait des difficultés de compréhension et d'abstraction, ainsi que des difficultés à se détacher de certains automatismes qui empêchaient la reprise d'un tel travail. A cela s'ajoutait le fait qu'il se trouvait seul en Suisse. Il avait actuellement décompensé sur un mode anxieux. Le Dr G_____ a reconnu que selon les directives de la CIM-10, un trouble panique n'était pas diagnostiqué séparément en présence d'un trouble dépressif; la manière dont il avait posé son diagnostic ne changeait cependant rien au tableau clinique. Il visait en outre dans son diagnostic la référence F41.0 et non F41.2. Enfin, il était probable que la décision négative de l'OCAI de février 2005 ait eu une répercussion négative sur l'humeur de l'assuré.

    L'OCAI a quant à lui précisé avoir admis une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée, en raison de la limitation fonctionnelle établie par le Dr A_____.

    Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

   La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1; 126 V 136 consid. 4b et les références). Dans la mesure où l'incapacité de travail du recourant a débuté en 2000, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 3 février 2005 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne 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).

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

3. Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est 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 (cf. également l'art. 8 LPGA).

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

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). 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 (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der

Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance 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 (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 consid. 1.2.).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING / MOMBOUR / SCHMIDT [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191), sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en général qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit., p. 81, note 135).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que ce tableau comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour

que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1).

   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 (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). 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 RSA 1999 p. 37 ss). Dans le même sens, BUHLER 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 (BUHLER, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 ss).

   Il convient enfin de préciser que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

7. Il convient en l'occurrence de déterminer le degré d'invalidité du recourant et son droit éventuel à une rente.

Dans son expertise, le Dr A_____, rhumatologue, diagnostique un trouble somatoforme douloureux, évocateur d'une fibromyalgie. Il fait par ailleurs état d'une protusion discale en L4-L5 sans retentissement sur les racines, ainsi que d'une petite hernie discale C5-C6 paramédiane gauche. Il estime le recourant capable de travailler à un taux de 75% dans une activité adaptée, sans port de charges importantes, avec changements de positions fréquents, en raison des atteintes au rachis.

Le Dr G_____, psychiatre, a quant à lui, dans son expertise, écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, en raison des atteintes au rachis. Il diagnostique un trouble panique, une personnalité anxieuse et dépendante, un épisode dépressif léger et un retard mental léger. Il estime le recourant incapable de travailler en raison du retard mental léger et de la situation familiale actuelle qui est désécurisante pour lui.

Le Tribunal de céans relève tout d'abord que les expertises commises par l'OCAI, ainsi que l'expertise judiciaire ont pleine valeur probante, ayant été établies en conformité des critères retenus par le Tribunal fédéral pour leur accorder ladite valeur probante. Par ailleurs, en raison du diagnostic établi par l'expert psychiatre, qui lui paraît le plus à même pour se prononcer sur la question des troubles somatoformes douloureux et qui exclut précisément ceux-ci, le Tribunal de céans ne retiendra pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Il constate en outre que le recourant, a, depuis son arrivée en Suisse en 1980, exercé plusieurs professions, soit celle de machiniste et celle d'agent d'exploitation escale, alors qu'il présentait déjà un retard mental léger et des troubles de la personnalité, qui étaient compensés, de l'avis de l'expert, par la force physique et le travail simple et répétitif, ainsi que par l'entourage familial; le Dr G_____ estime qu'actuellement le recourant n'est plus capable de travailler, même dans une activité légère simple et répétitive, car une décompensation serait à craindre. Or, l'assurance-invalidité ne peut intervenir sur la base d'un simple risque, qui constitue une hypothèse, et la crainte d'une décompensation, soit d'une incapacité de travail future, ne saurait être prise en charge par cette assurance. Ainsi, la personnalité anxieuse et dépendante et le retard mental léger qui n'ont pas empêché le recourant de travailler pendant toute sa vie (et pendant 20 ans en Suisse) ne peuvent être considérées comme invalidants et le Tribunal s'écartera par conséquent des conclusions de l'expert. S'agissant du contexte familial, il entre dans la catégorie des facteurs psychosociaux et, apparaissant au premier plan dans un tableau psychique de dépression légère qui n'entraîne en tant que telle pas d'incapacité de travail, il ne peut être considéré comme une atteinte à la santé à caractère invalidant. Enfin, le diagnostic de dépression légère à lui seul, de l'avis même de l'expert, n'entraîne pas d'incapacité de travail au plan psychique. Dès lors, il convient de constater, en dépit des conclusions de l'expert, que le recourant ne présente pas d'incapacité de travail pour des raisons psychiques. Sa capacité résiduelle de travail s'élève donc à 75%, en raison des atteintes au rachis.

8. Il y a dès lors lieu de procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité afin de déterminer le taux d'invalidité du recourant. Il convient de retenir comme année déterminante pour l'évaluation des revenus l'année de la date de la naissance éventuelle du droit à la rente, c'est-à-dire 2001, puisque l'incapacité de travail a débuté en juillet 2000.

Aux termes des art. 28 al 2 LAI et 16 LPGA, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus, susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

Selon l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de gain de 40% au moins pendant une année sans interruption notable.

S'agissant du revenu avant invalidité, il y a lieu de se référer au questionnaire pour l'employeur du 9 mars 2001, selon lequel le salaire annuel du recourant en 1999, année précédent le début de l'incapacité de travail, s'élevait à 61'996 fr. 05. Il convient de réactualiser ce salaire de 1999 à l'année 2001, selon les indices des salaires nominaux et réels, 1939 = 100 (La Vie économique, 10-2005, tableau B 10.3, p. 83), ce qui correspond à un revenu annuel de 64'331 fr. 25.

Quant au salaire d'invalide, il faut se référer aux salaires auxquels peuvent prétendre en 2000 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'437 fr. par mois ou 53'244 fr. par an (cf. Office fédéral de la statistique, Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, TA1, niveau de qualification 4), compte tenu du fait que le recourant est à même d'exercer des activités légères sans port de charges importantes avec changements de positions fréquents. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2001 (année 2001, horaire de travail hebdomadaire : 41,7 heures), le salaire annuel doit être porté à 55'506 fr. 90. Ce montant doit enfin être réévalué à l'indice de l'année 2001, ce qui porte le revenu sans invalidité à 56'864 fr. 15. Il

convient de prendre en compte le 75% de ce revenu en raison de la capacité résiduelle de travail du recourant. Le revenu après invalidité s'élève donc à 42'648 fr. 10.

Selon la jurisprudence du TFA, le montant d'invalide obtenu sera, le cas échéant, encore réduit en fonction des empêchements propres liés à la personne de l'invalide, comme par exemple certaines limitations liées aux handicaps, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 78 consid. 5).

En l'occurrence, le recourant né en 1961 est encore jeune et il travaille en Suisse depuis 1980. Toutefois, ses limitations fonctionnelles (activité légère sans port de charges importantes avec changements de positions fréquents), le taux d'occupation (75%) et le retard mental léger justifient un abattement de 15%, ce qui confirme la réduction opérée par l'OCAI lui-même. Compte tenu de cette réduction, le revenu annuel après invalidité s'élève à 36'250 fr. 90 (85% de 42'648 fr. 10).

La comparaison des revenus déterminants avant et après invalidité conduit ainsi à retenir un taux d'invalidité de 43,65 %, qui ouvre droit à un quart de rente d'invalidité, depuis le 25 juillet 2001, compte tenu du début de l'incapacité de travail le 25 juillet 2000 ([64'331 fr. 25 - 36'250 fr. 90] x 100 : 64'331 fr. 25 = 43,65).

9. Quant au reclassement professionnel selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Sont considérées comme un reclassement, les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961). Il faut alors que l'invalidité soit d'une certaine gravité ; selon la jurisprudence, cette condition est donnée lorsque l'assuré subit dans l'activité encore exigible sans autre formation professionnelle, une perte de gain durable ou permanente de quelque 20% (ATF 124 V 110, consid. 1b et les références).

En l'occurrence, compte tenu de la capacité résiduelle du recourant dans une activité légère permettant de fréquents changements de positions et de sa demande, il a droit à des mesures de reclassement, qui devront déterminer plus précisément et

concrètement quelles sont les activités adaptées à ses limitations fonctionnelles et pourront l'aider à réintégrer le monde du travail.

Il conviendra donc de renvoyer la cause à l'OCAI afin qu'il détermine la mesure de reclassement la mieux adaptée au recourant.

10. Le recourant qui obtient partiellement gain de cause aura droit à des dépens.

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 sur opposition de l'OCAI du 3 février 2005.

4. Constate que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 25 juillet 2001, ainsi qu'à des mesures de reclassement professionnel.

5. Renvoie le dossier à l'intimé pour nouvelles décisions au sens des considérants.

6. Condamne l'intimé à payer au recourant 1'000 fr. à titre de dépens.

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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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