

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2563/2004

ATAS/233/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 9 mars 2006

En la cause

Monsieur C _____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Henri NANCHEN

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames B _____ et C _____, Juges**

EN FAIT

1. Monsieur C _____, né le _____ 1956 et actif dans le domaine de la restauration, a déposé, en date du 3 mai 2002, une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après: OCAI), tendant à l'octroi d'une rente.
2. Il faisait valoir qu'il souffrait depuis des années de psoriasis, de gastrite, de dépression et de rachialgies du dos. Employé en tant que chef de service auprès du RESTAURANT V _____ à Châtelaine depuis le 15 octobre 2001, il avait été en arrêt de travail à 100% en novembre et décembre 2001, puis à 50% du 1er janvier 2002 au 28 avril 2002, et à nouveau à 100% à partir du 29 avril 2002.
3. Interpellé par l'OCAI, le Dr P _____, médecin traitant, a exposé, dans son rapport du 6 septembre 2002, qu'il suivait l'assuré depuis de nombreuses années pour un psoriasis, des dorso-lombalgies et des nuchalgies. Il a posé les diagnostics de psoriasis diffus, d'arthrose diffuse, de dorso-lombalgies et cervicalgies chroniques, de même que de gastrite aiguë status post anastomose gastro-duodénale, d'ulcère gastrique et de dépression, affections qui avaient toutes une incidence sur la capacité de travail. L'assuré avait connu plusieurs arrêts de travail depuis le mois de juin 2001. Depuis le 29 avril 2002, il était en arrêt de travail à 100% et ce, pour une durée indéterminée. De l'avis du médecin traitant, une reprise du travail, même dans une autre profession, n'était pas envisageable; les capacités fonctionnelles de l'assuré étaient par ailleurs limitées.
4. En date du 14 octobre 2002, l'OCAI a demandé à l'assuré s'il était suivi par un psychiatre pour son état dépressif. L'assuré a répondu par la négative, tout en précisant que le médecin traitant lui avait prescrit du Sanox et du Librax.
5. Le Dr S _____, spécialiste FMH en dermatologie, a répondu à l'OCAI en date du 21 octobre 2002 que l'assuré souffrait, depuis environ 1990, d'un psoriasis lichénifié aux quatre membres qui ne modifiait pas sa capacité de travail. Dans la mesure où il n'avait suivi l'assuré que pour des raisons dermatologiques non invalidantes, il n'était pas en mesure de répondre plus en détail au questionnaire médical.
6. Dans son rapport du 21 octobre 2002, le Dr K _____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, a exposé que l'assuré souffrait de rachialgies diffuses consécutives à une arthrose vertébrale étagée modérée à sévère, de troubles statiques et d'une lombalisation de S1. Il soupçonnait aussi un état dépressif masqué. Tous ces troubles avaient des répercussions sur la capacité de travail. Il a précisé avoir examiné l'assuré à quatre reprises entre le 5 avril et le 29 mai 2001 afin de fournir un avis rhumatologique au médecin traitant. Deux consultations avaient aussi eu lieu les 17 mai et 25 mai 2001 en raison d'un accident survenu le

12 mai 2001 (contusion du gros orteil droit), à la suite duquel l'assuré avait été en arrêt de travail à 100% pendant une semaine. Le Dr K _____ joignait au rapport médical LAI son avis du 1^{er} juin 2001 adressé au Dr P _____, tout en précisant qu'il n'avait plus revu le patient depuis le 29 mai 2001, raison pour laquelle il ne pouvait pas fournir davantage de renseignements.

7. L'OCAI a sollicité l'avis sans examen clinique du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR). Le Dr B _____, a répondu le 27 janvier 2003 qu'en l'état du dossier, il n'y avait pas évidence d'une atteinte à la santé invalidante et qu'une évaluation psychiatrique et rhumatologique s'avérait nécessaire.
8. Par courrier du 22 juillet 2003, le SMR a convoqué l'assuré pour un examen médical, fixé au 20 août 2003, auquel il ne s'est pas présenté. L'assuré a ensuite informé l'OCAI qu'il avait été victime d'un accident le 18 août 2003, pendant ses vacances, et qu'une opération du genou était prévue au mois de novembre 2003.
9. Dans des rapports médicaux intermédiaires datés des 16 décembre 2003 et 8 janvier 2004, le médecin traitant a expliqué que son patient avait subi une arthroscopie le 20 novembre 2003, suite à une entorse ayant provoqué une déchirure de grade II touchant la corne postérieure et latérale du ménisque interne du genou gauche. Quant aux diagnostics déjà posés dans le rapport précédent, le Dr P _____ précisait que le psoriasis s'était aggravé, ce qui se répercutait négativement sur la santé psychique de son patient. De manière générale, l'état de santé de l'assuré ne s'était pas amélioré. Les troubles du dos étaient toujours présents et la dépression s'était aggravée. Un suivi psychiatrique n'était toutefois pas envisagé.
10. L'examen clinique pluridisciplinaire du SMR a eu lieu en date du 27 janvier 2004. L'assuré a été examiné par le Dr PR _____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, et par le Dr P. V _____, spécialiste FMH en psychiatrie, en présence de la Dresse B _____, médecin généraliste.
11. A l'issue de cet examen, un rapport a été établi, daté du 23 février 2004. Il en ressort que l'assuré se plaint de douleurs permanentes de la région cervicale, irradiant vers les épaules et, parfois, jusque dans les membres supérieurs, ainsi que de douleurs lombaires basses, en barre, n'irradiant pas dans les membres inférieurs. La position assise immobile pendant plus d'une demi-heure augmente les douleurs lombaires. L'examen ostéoarticulaire a mis en évidence de très discrets troubles de la statique vertébrale mais une mobilité normale du rachis cervical et dorso-lombaire. Il n'y a aucun signe clinique évocateur d'une sacro-illite. Des douleurs discrètes au niveau du genou gauche ont aussi été observées. Quant à l'examen des documents radiologiques, il a permis de constater des troubles dégénératifs discrets au niveau cervical et une anomalie transactionnelle lombo-sacrée sans lésion dégénérative lombaire manifeste. Il n'y a aucune atteinte des sacro-iliaques ni en

radiologie standard ni en scintigraphie osseuse. Quant à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche d'août 2003, elle a révélé une discrète déchirure radiaire de la corne postérieure du ménisque interne. Les diagnostics de cervico-lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs (discopathie C5-C6 avec uncarthrose gauche et anomalie transitionnelle lombo-sacrée), et de psoriasis ont été posés.

Le rapport a mis en évidence que les plaintes douloureuses de l'assuré étaient importantes, alors que les constatations objectives, tant cliniques que radiologiques étaient plus modestes, sans anomalie significative du status objectif, hormis le psoriasis, et sans lésion radiologique importante. Il y avait donc un problème d'amplification des plaintes. Pour tenir compte des plaintes douloureuses centrées sur le rachis et des très discrètes anomalies morphologiques du rachis, les médecins ont retenu des limitations fonctionnelles somatiques suivantes : pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 10 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 18 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

S'agissant de l'état de santé psychique, le rapport a exposé que l'assuré ne présentait aucun signe de lignée psychotique. A l'examen, la thymie n'était pas dépressive. L'assuré souffrait d'insomnies, avec des ruminations anxieuses durant les périodes d'éveil, portant sur sa situation financière et ses difficultés à accepter de se trouver à l'aide sociale; il présentait une personnalité à traits dépendants et obsessionnels. On ne pouvait retenir aucun trouble dépressif ou anxieux d'intensité suffisante pour constituer une comorbidité psychiatrique à son trouble douloureux chronique. Les traits de personnalité dépendants et obsessionnels n'étaient pas assimilables à un caractère prémorbide. Par ailleurs, même si sa vie sociale était un peu restreinte, l'assuré gardait des contacts avec l'extérieur et ne présentait pas de surconsommation médicale. En l'absence de limitations sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible dans une activité rigoureusement adaptée était de 100%. Dans son activité de restaurateur ou de chef de service dans un restaurant, elle était de l'ordre de 70%.

12. En se fondant sur les résultats de l'examen clinique, le SMR a retenu, dans son rapport du 24 février 2004, que l'assuré possédait une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle et de 100% dans une profession adaptée, et ce dès le 29 avril 2002. De l'avis du Dr B _____, l'évaluation au plan psychiatrique et rhumatologique permettait de retenir quelques limitations fonctionnelles pour le rachis, mais dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail exigible était jugée entière.
13. Le service de réadaptation professionnelle a procédé à une comparaison des revenus, afin de déterminer le degré d'invalidité de l'assuré. En indexant à 2003 le salaire annuel de 60'000 fr. annoncé par l'employeur pour 2002, il a retenu un revenu annuel brut sans invalidité de 60'850 fr. Quant au revenu avec invalidité, il a

tenu compte d'un salaire mensuel sur quarante heures de 4'557 fr. selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) en 2002, pour un homme exerçant une activité simple et répétitive, tous secteurs confondus. Ce montant a été porté à 4'751 fr., pour tenir compte d'une durée hebdomadaire de 41.70 heures. Annualisé, le salaire s'élevait à 57'008 fr. en 2002 et à 60'290 fr. en 2003. Il a ensuite été procédé à une réduction de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré et du fait qu'il disposait d'un permis de travail. Le revenu avec invalidité ainsi calculé s'est élevé à 54'261 fr. La perte de gain subie se montant à 6'589 fr., le degré d'invalidité de l'assuré était de 10.8%.

14. Par décision du 17 août 2004, l'OCAI a refusé la demande de l'assuré. En se fondant sur le calcul effectué par le service de réadaptation professionnelle, l'OCAI a constaté que le degré d'invalidité s'élevait à 10.8%, ce qui n'ouvrait pas le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
15. Par courrier du 30 août 2004, WINTERTHUR ASSURANCES (ci-après: WINTERTHUR), assureur perte de gain maladie de l'assuré, a formé opposition provisoire contre la décision de l'OCAI. WINTERTHUR exposait avoir servi des indemnités journalières pour maladie du 25 mai 2001 au 23 août 2003, soit jusqu'à épuisement des droits de l'assuré, et joignait le dossier médical constitué par ses soins, dont notamment les rapports médicaux établis par le Dr Nicolas ROUX, spécialiste FMH en médecine interne, en allergologie et en immunologie clinique, en date des 27 novembre 2001 et 1^{er} juillet 2002.

Le Dr R_____ précisait que le patient souffrait de nucalgies, de dorsalgies et de lombalgies chroniques, dans le cadre de troubles dégénératifs (arthrose), et d'une anomalie transitionnelle (L5-S1). Il n'y avait a priori pas de discopathie franche et symptomatique et le Dr ROUX écartait par ailleurs les diagnostics d'arthrite et de maladie de Bechterev en relation avec le psoriasis. Il retenait en revanche celui de dépression. S'agissant de la capacité de travail, il indiquait dans le premier rapport qu'une reprise de travail progressive, d'abord à 50% puis à 100%, devait être envisagée, compte tenu notamment de l'absence de lésions rachidiennes claires. Dans le second rapport, le Dr R_____ émettait un avis réservé quant à une reprise d'activité de la part de l'assuré et ce, compte tenu de l'aggravation des douleurs.

16. En date du 16 septembre 2004, l'assuré a formé opposition à la décision de l'OCAI, en concluant à l'octroi d'une rente entière. Il a mis en cause les conclusions de l'examen clinique pluridisciplinaire, contredites selon lui par les avis des autres médecins consultés. Il a allégué souffrir d'arthrose vertébrale étagée modérée à sévère, selon l'avis du Dr K_____, et avoir une jambe plus courte, ce qui était de nature à expliquer bon nombre des plaintes; il souffrait également des suites de l'opération au genou. Quant au psoriasis, il s'agissait bel et bien d'une affection invalidante dans la vie professionnelle, qui justifiait une réduction globale de 25%

du revenu statistique d'invalidité. Enfin, l'assuré a contesté le revenu sans invalidité retenu, car en raison de son affection, il réalisait déjà un salaire inférieur.

17. Le 28 octobre 2004, l'OCAI a fait savoir à WINTERTHUR que son opposition était irrecevable, l'assureur privé perte de gain n'ayant pas la qualité de partie et n'ayant en conséquence pas non plus le droit de prendre connaissance du dossier, sauf accord exprès de l'assuré. WINTERTHUR a répondu qu'elle suivrait le dossier par l'entremise de son assuré.
18. L'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré en date du 12 novembre 2004. Il a estimé que les conclusions des médecins du SMR ayant procédé à l'examen clinique pluridisciplinaire ne prêtaient pas le flanc à la critique dans la mesure où le rapport d'examen du 23 février 2004 était plus détaillé que les autres pièces médicales versées au dossier et qu'il procédait d'une étude attentive et complète du dossier. Quant à la comparaison des revenus, elle avait été effectuée conformément aux dispositions légales. L'OCAI considérait à cet égard qu'un abattement de 25% sur le revenu d'invalidité ne se justifiait pas en l'espèce, au vu de la jurisprudence en la matière. Quant au revenu sans invalidité, c'était à juste titre que l'OCAI avait pris en compte le dernier salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, l'assuré n'ayant pas apporté la preuve de l'existence de circonstances justifiant de s'écarter du revenu effectivement réalisé.
19. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition de l'OCAI en date du 17 décembre 2004. Il conclut à l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, à la mise en place d'une expertise médicale. Le recourant se plaint du fait que les différents rapports médicaux versés au dossier sont contradictoires et conteste la pertinence de l'expertise du SMR, laquelle omet de prendre en compte le fait que l'une de ses jambes est plus courte que l'autre, sous-estime les douleurs au genou, dresse un constat sommaire s'agissant de son status psychiatrique et ne tient pas compte du psoriasis. Quant au salaire sans invalidité, le recourant fait grief à l'OCAI de ne pas s'être basé sur le salaire qu'il aurait dû réaliser si la convention collective de travail dans l'hôtellerie et la restauration avait été appliquée. S'agissant du revenu d'invalidité, il estime que c'est à tort que l'OCAI s'est référé au revenu hypothétique réalisable dans la restauration, au vu des conditions d'hygiène irréprochables nécessaires dans cette activité. C'était donc sur la base des données statistiques pour une activité ne nécessitant aucune formation que le revenu d'invalidité aurait dû être déterminé. Enfin, un abattement de 25%, et non pas de 10%, aurait dû être pris en compte.
20. Invité à répondre, l'OCAI a persisté dans les termes de ses décisions précédentes et conclu au rejet du recours. Il a produit un avis médical complémentaire établi par le SMR le 20 janvier 2005. S'agissant du psoriasis, le SMR a considéré que les lésions se situaient principalement sur les fesses et, dans une moindre mesure, sur les jambes, soit des parties du corps couvertes lors d'une activité professionnelle. Quant

au status psychique, le Dr P. V _____ n'avait pas constaté chez l'assuré les critères permettant de poser le diagnostic d'épisode dépressif.

21. Dans sa réplique du 7 mars 2005, le recourant a contesté le fait que le psoriasis était limité à la région lombo-fessière et aux jambes; il s'étendait aux mains, aux bras, au front ainsi qu'aux autres parties du corps atteintes, au gré des différentes poussées. Il a aussi réfuté le reproche d'amplification des plaintes formulé à son égard par le SMR ainsi que le constat que sa consommation de médicaments antalgiques était plus que modeste. Il s'est plaint du caractère lacunaire des avis médicaux du SMR, qui ne prenaient pas en compte l'affection du genou et a produit à cet égard les courriers du Dr J _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du 6 février 2005.

Ce médecin confirmait avoir examiné l'assuré pour des métatarsalgies gauches sur surcharge des 2^{ème} et 3^{ème} têtes métatarsiennes pour affaissement de l'arc plantaire antérieur. Il expliquait que les supports plantaires confectionnés n'avaient pas amené de sédation et que, pour "couper court" à l'angoisse d'invalidité permanente de l'assuré, il l'adressait à une consultation de podologie aux HUG. Dans le courrier adressé au Dr A _____, de la clinique de chirurgie orthopédique des HUG, le Dr J _____ exposait que le patient souffrait de métatarsalgies gauches d'aspect banal et qu'il était peu vraisemblable qu'une indication opératoire soit justifiée. Il était toutefois indispensable que le médecin traitant puisse disposer d'arguments concernant une éventuelle rente d'invalidité.

22. Dans sa duplique du 7 avril 2005, l'OCAI a maintenu, s'agissant du psoriasis, que les médecins du SMR, lors de l'examen clinique, avaient constaté de très discrètes lésions aux ongles des mains, de minuscules lésions au dos de la main gauche, de multiples lésions dans la région lombo-fessière, quelques rares plaques sur la face antérieure de la jambe droite, et de nombreuses plaques, étendues mais non confluentes, au niveau de la jambe gauche. Cette affection avait ainsi été prise en compte dans le cadre de l'expertise. S'agissant de l'amplification des plaintes, l'OCAI a rappelé que c'était en raison de la nette discordance relevée entre l'importance des plaintes douloureuses et les constatations objectives que ce problème avait pu être mis en avant. L'absence de surconsommation médicale avait aussi pu être observée, ce qui relevait des faits et non du domaine de l'appréciation. La problématique liée au genou avait aussi été discutée. Le rapport du Dr J _____ n'était enfin selon lui pas de nature à remettre en cause les appréciations du SMR, dans la mesure où ce médecin faisait état de métatarsalgies gauches d'aspect banal et a priori sans gravité puisque ne justifiant aucune indication opératoire.
23. En date du 3 juin 2005, un assistant social de l'Hospice général a écrit à l'OCAI pour faire part des souffrances de l'assuré en relation avec le psoriasis. L'OCAI a

répondu, le 14 juin 2005, qu'un recours était pendant devant le Tribunal cantonal des assurances sociales.

24. Le recourant a communiqué au Tribunal de céans, par lettre du 4 juillet 2005 dont une copie a été adressée à l'OCAI, un jeu de photos sur les parties de son corps affectées par le psoriasis.
25. Par courrier du 27 juillet 2005, le recourant a communiqué au Tribunal de céans une attestation médicale établie le 11 juillet 2005 par le Dr S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier précisait avoir vu le recourant à plusieurs reprises depuis le 23 mars 2005 et avoir pu constater un état anxio-dépressif sévère qui se manifestait par un état permanent de détresse et de perturbations émotionnelles, idées noires, sentiments d'incapacité, fatigue extrême et douleurs importantes, qui sont la source d'autres perturbations sérieuses dans son fonctionnement affectif et social. Cet état dépressif et anxieux constituait une comorbidité psychiatrique importante à ses affections somatiques et à sa situation sociale précaire. Le test HDRS donnait un score de 35 points.
26. Le Tribunal de céans a transmis à l'OCAI une copie de la correspondance du recourant du 27 juillet 2005, et de son annexe.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

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

b) La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des

assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision sur opposition litigieuse, du 12 novembre 2004, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (la demande d'invalidité ayant été déposée le 3 mai 2002), et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

c) En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

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

3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance invalidité, plus particulièrement sur son taux d'invalidité.
4. Dans un premier moyen, le recourant reproche à l'OCAI une mauvaise appréciation de sa situation médicale.
5. a) L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 LAI combiné avec l'art. 8 LPGA dans leur teneur valable depuis le 1er janvier 2003 ; voir aussi art. 4 LAI dans la version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). Aux termes de la loi, l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité s'il est invalide à quarante pour cent au moins (art. 28 al. 1 première phrase LAI dont la teneur n'a été modifiée ni par l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1er janvier 2003, ni par l'entrée en vigueur de la 4ème révision de l'AI, le

1er janvier 2004). Le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 29 al. 1 let. a LAI et 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 let. b LAI et 6 LPGA).

b) L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées.

c) Il convient d'ajouter que les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, d'invalidité et de la méthode de comparaison des revenus contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA et qu'il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu; de la sorte, la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publié I 179/05, du 1er décembre 2005, consid. 1.2; arrêt P. du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2; arrêt M. du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge s'il y a 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). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). A cet égard, la jurisprudence a eu l'occasion de préciser que l'examen clinique pluridisciplinaire du SMR est un examen médical, à l'instar de ce que fait le COMAI (ATFA non publié du 7 novembre 2005, dans la cause I 248/05). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 et les références).

7. En l'espèce, il y a lieu de constater que si l'on se fonde sur le rapport d'examen clinique pluridisciplinaire du SMR du 23 février 2004, le recourant présente une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité rigoureusement adaptée, en tenant compte de limitations fonctionnelles somatiques. Contrairement à l'avis du recourant, on ne voit pas en quoi l'examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) auquel a procédé le SMR serait lacunaire. Celui-ci s'est déroulé en date du 27 janvier 2004, en présence de trois médecins, à savoir le Dr PR _____, spécialiste FMH en médecine interne-rhumatologie, le Dr V _____, spécialiste FMH en psychiatrie, et le Dr B _____, spécialiste FMH en médecine interne.

8. a) Au plan somatique, l'examen clinique effectué par les médecins du SMR a mis en évidence de très discrets troubles de la statique vertébrale, mais une mobilité normale du rachis cervical et dorso-lombaire. Aucun signe évocateur d'une sacro-iliite ni de douleurs périphériques hormis de douleurs discrètes au niveau du genou gauche, fraîchement opéré, n'a été observé. Quant aux documents radiologiques, ils mettaient en évidence des troubles dégénératifs discrets au niveau cervical et une anomalie transitionnelle lombo-sacrée sans lésion dégénérative lombaire manifeste. Il n'y avait aucune atteinte des sacro-iliaques. L'IRM du genou gauche d'août 2003 révélait une discrète déchirure radiaire de la corne postérieure du ménisque interne. Le diagnostic posé était de cervico-lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de discrets troubles statiques dégénératifs, à savoir une discopathie C5-C6 avec une uncarthrose gauche, et une anomalie transitionnelle lombo-sacrée. Ces constatations ne sont pas contredites par les autres rapports médicaux versés au dossier. S'agissant des douleurs dorso-lombaires, le Dr K _____, rhumatologue, a diagnostiqué des rachialgies diffuses consécutives aux modifications arthrosiques et une anomalie transitionnelle lombo-sacrée; les sacro-iliaques étaient en revanche intacts et la présence d'une spondylarthrite en relation avec le psoriasis a été écartée (lettre du 1^{er} juin 2001 au Dr P _____, rapport du 18 juin 2001 à la WINTERTHUR et rapport médical LAI du 21 octobre 2002). Le Dr R _____ a quant à lui retenu que le recourant souffrait de nualgies, dorsalgies et lombalgies chroniques, dans le cadre de troubles dégénératifs (arthrose), et d'une anomalie transitionnelle (L5-S1). Il n'y avait en revanche pas de discopathie franche et symptomatique. Enfin, le médecin traitant a posé le diagnostic d'arthrose diffuse et de dorso-lombalgies et cervicalgies chroniques.

- b) En ce qui concerne plus particulièrement le genou gauche, le rapport du SMR fait état de douleurs discrètes en relation avec l'arthroscopie effectuée le 20 novembre 2003, mais ne retient aucune atteinte à la santé invalidante. Le recourant ne produit quant à lui aucune pièce médicale attestant d'un diagnostic invalidant en relation avec le genou gauche. En effet, les courriers du Dr

J _____, du 6 février 2005, au demeurant postérieurs à la décision sur opposition litigieuse, se bornent à constater la présence de douleurs aux métatarses gauches d'aspect banal.

c) Quant au psoriasis, l'examen du SMR a mis en évidence que l'assuré présentait de très discrètes lésions de psoriasis aux ongles des mains, sous forme surtout d'une accentuation des striations longitudinales, de minuscules lésions de psoriasis au dos de la main gauche, des lésions de psoriasis multiples dans la région lombo-fessière, quelques rares plaques de psoriasis à la face antérieure de la jambe droite, nombreuses plaques de psoriasis, étendues mais non confluentes, au niveau de la jambe gauche. Il s'agissait d'une affection non invalidante, compte tenu notamment du fait qu'elle était essentiellement présente dans la région lombo-fessière. A cet égard, le Dr S _____, dermatologue, avait constaté, dans son rapport médical LAI d'octobre 2002, quelques lésions de psoriasis dans les membres, en concluant que l'affection n'avait aucune influence sur la capacité de travail du recourant. Le Tribunal de céans constate ainsi qu'aucune pièce médicale du dossier ne permet de conclure à l'existence d'une forme invalidante de psoriasis. Quant à l'argument selon lequel le SMR aurait examiné le recourant à un moment de rémission, il n'est pas concluant, dans la mesure où le Dr S _____ a abouti aux mêmes conclusions que le SMR, à quinze mois d'intervalle. Dans ce contexte, les photos produites par le recourant le 4 juillet 2005, soit postérieurement à la décision sur opposition litigieuse, ne permettent pas de faire douter de l'appréciation médicale effectuée par les médecins consultés. On constatera d'ailleurs que ces photos, dont l'on ignore les circonstances et la date à laquelle elles ont été prises, ne sont pas accompagnées des explications d'un médecin et ne s'inscrivent manifestement pas dans le contexte d'une démarche d'ordre médical.

9. a) S'agissant du status psychique, les médecins du SMR ont constaté que le recourant, âgé de 48 ans, "faisait son âge" et était soigné de sa personne. Il s'exprimait parfaitement en français et il était lucide et orienté. Il ne présentait pas de troubles du cours de la pensée, ni d'autres signes de la lignée psychotique. A l'examen, la thymie de l'assuré n'était pas dépressive. Il ne présentait pas de troubles de l'attention ou de la concentration et il n'était ni anhédonique ni aboulique. Il présentait en revanche une personnalité à traits dépendants et obsessionnels et il souffrait d'insomnies et de ruminations anxieuses durant les périodes d'éveil, qui portaient sur sa situation financière et professionnelle. Dans leur appréciation consensuelle, les médecins du SMR ont conclu que l'examen effectué ne mettait pas en évidence de trouble dépressif ou anxieux d'intensité suffisante pour constituer une comorbidité psychiatrique au trouble douloureux chronique. Le recourant présentait des traits de personnalité dépendants et obsessionnels, qui n'étaient toutefois pas assimilables à un caractère prémorbide, et il gardait des contacts avec l'extérieur, même si restreints. Les médecins du SMR en ont conclu que le recourant ne souffrait pas de troubles psychiques invalidants.

b) Sur ce point non plus, les conclusions des médecins du SMR ne sont pas critiquables et ne sont d'ailleurs contredites par aucune autre évaluation psychiatrique. L'évocation très générale d'un état dépressif, faite par le médecin traitant et reprise par le Dr R _____, n'est pas de nature à faire douter du bien-fondé des conclusions des médecins du SMR. En effet, tant le Dr R _____ que le Dr P _____ ne sont pas spécialistes en psychiatrie. Par ailleurs, le juge doit tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références). Enfin, l'attestation médicale du Dr S _____, psychiatre, datée du 11 juillet 2005 et portant sur des consultations à partir du 23 mars 2005, concerne des faits postérieurs à la décision litigieuse, de sorte qu'elle ne peut, en principe, pas être pris en compte dans la présente procédure. Le juge des assurances sociales apprécie en effet 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 362, consid. 1b). Le recourant a néanmoins la possibilité de saisir l'administration d'une nouvelle demande, s'il estime que sa situation s'est modifiée postérieurement à la décision sur opposition du 12 novembre 2004, de manière à influencer ses droits.

10. a) Les médecins du SMR ont constaté en substance que les plaintes douloureuses de l'assuré étaient importantes, alors que les constatations objectives tant cliniques que radiologiques étaient des plus modestes, sans anomalie significative du status objectif, hormis le psoriasis, et sans lésion radiologique importante. Compte tenu des diagnostics posés en relation avec les cervico-lombalgies, des limitations fonctionnelles somatiques ont été retenues, qui ont été définies en estimant qu'il devait exister une certaine fragilité biomécanique du rachis dorso-lombaire qui excluait le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 10 kg, le port régulier de charges d'un poids excédant 18 kg, et le travail en porte-à-faux prolongé du tronc.

b) Ces conclusions ne prêtent pas le flanc à la critique et ne sont pas sérieusement mises en cause par les autres rapports versées au dossier. En effet, l'OCAI a tenu compte des cervico-lombalgies chroniques dans la fixation des limitations fonctionnelles. Ces troubles constituent d'ailleurs une limitation à l'exercice à 100% de l'activité de restaurateur ou de chef de service dans un restaurant, la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité rigoureusement adaptée étant entière. Le médecin traitant considère, sans étayer son avis, que son patient présente une incapacité de travail entière dans la profession habituelle; il ne se prononce toutefois pas sur la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée. Le Dr K _____ ne s'est quant à lui pas prononcé sur les répercussions de ses diagnostics sur la capacité de travail du recourant à long terme. Enfin, le Dr R _____ avait estimé qu'une reprise de travail dans l'activité habituelle paraissait difficile et il a préconisé un changement de profession; il ne s'est toutefois pas concrètement prononcé sur la capacité de travail résiduelle.

11. a) Le Tribunal de céans ajoute, au besoin, qu'aucune des pièces médicales versées au dossier ne permet de se convaincre que l'on se trouve en présence d'un trouble somatoforme invalidant au sens de la jurisprudence récente (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.2. sv.). Admettre l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord qu'un expert (psychiatre) reconnaisse la présence d'un diagnostic s'appuyant légitime 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, ATFA non publié I 665/2004 du 29 novembre 2005). 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).

b) Invité à se prononcer sur l'état de santé du recourant sur le plan psychique, le Dr V _____ a estimé que le recourant présentait une personnalité à traits dépendants et obsessionnels et souffrait d'insomnies et de ruminations anxieuses. Il a toutefois jugé que l'examen ne mettait pas en évidence de trouble anxieux ou dépressif d'intensité suffisante. Dès lors que le psychiatre n'a pas confirmé la présence d'un trouble somatoforme douloureux, celui-ci ne peut être retenu en l'espèce. Le psychiatre a expliqué que le trouble présenté par le recourant sur le plan psychiatrique n'était pas d'un degré justifiant une incapacité de travail; il a rajouté que le recourant avait maintenu des contacts avec l'extérieur et qu'il ne

présentait pas de surconsommation médicale. Force est donc de constater que le recourant ne présente pas de comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et réintégrer un processus de travail n'est pas exigible de sa part, il ne subit pas de perte d'intégration sociale, pas plus qu'il n'y a lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art.

12. Au vu de ce qui précède, l'OCAI n'avait aucune raison de s'écarter de l'avis exprimé par les médecins du SMR. Il convient dès lors de retenir que le recourant est en mesure d'exercer à 100% une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles, voire son activité habituelle à 70%.
13. Dans un second moyen, le recourant conteste l'évaluation de son degré d'invalidité, plus particulièrement la détermination de son revenu sans invalidité et de son revenu d'invalidé, ainsi que l'abattement de 10% retenu par l'Office intimé.
14. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus (jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1^{er} janvier 2004; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATF 128 V 30 consid. 1; 104 V 136 2a et 2b).

La méthode de comparaison des revenus est applicable dans le cas particulier. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte, dans la mesure où elles sont susceptibles d'influencer le droit à la rente. En l'espèce, l'invalidité est survenue au plus tôt en 2003, soit une année après le début de l'atteinte à la santé de l'année 2002 (art. 29 al. 1 let. b LAI).

15. a) En ce qui concerne le revenu sans invalidité, il s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente.

b) Il ressort en l'espèce du questionnaire d'employeur que le recourant réalisait, en tant que chef de service, un salaire annuel de 60'000,-- Fr. à 100% (salaire réalisé depuis son engagement en octobre 2000). Le recourant soutient que ce salaire est inférieur au salaire minimum de 5'450,-- Fr. par mois, fois treize, fixé en 2002 par l'Accord salarial genevois dans le secteur de l'hôtellerie-restauration, du 6 mai 2001, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2001, selon la Convention collective de travail 1998 de l'hôtellerie-restauration. Le Tribunal de céans constate à la lecture de cet accord salarial que le salaire minimum d'un cadre avec formation supérieure ou responsabilité particulière s'élevait en 2002 à 4'205,-- Fr. par mois. S'agissant des cadres ayant régulièrement sous leurs ordres au moins six collaborateurs dans le domaine du service, le salaire annuel minimum se situait entre 4'550,-- et 5'450,-- fr. Or, le recourant n'allègue à aucun moment qu'il avait sous sa responsabilité au moins six collaborateurs dans le service. Bien au contraire, il apparaît en l'espèce que huit personnes, dont le recourant, travaillaient à l'année au restaurant du Verger, dont quatre en cuisine, soit le patron plus trois employés (cf. rapport de la WINTERTHUR du 9 septembre 2002). Force est ainsi de constater qu'en tant que chef de service, le recourant avait au maximum trois personnes sous sa responsabilité. C'est donc le salaire minimum de la catégorie III qui lui était applicable, soit un salaire mensuel de 4'205 fr., ou annuel (fois treize), de 54'665 fr. La prise en compte par l'OCAI du dernier salaire réalisé par le recourant de 60'000 fr., n'est ainsi pas critiquable. Adapté à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux dans l'hôtellerie (Evolution des salaires en 2004, p. 34, Tableau T1.93) en 2003 (2.7 %), le revenu sans invalidité s'élève à 61'620 fr. (valeur 2003).

16. Pour évaluer le gain d'invalide, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS) lorsque, comme en l'espèce, l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 et ss. consid. 3b/aa et bb ; VSI 2002 p. 68 consid. 3b). En l'occurrence, on peut se référer au salaire auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4), tous secteurs confondus, à savoir, en 2002, un montant mensuel de 4'557 fr (ESS 2002, TA1, p. 43). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41.7 heures: Office fédéral de la statistique, Durée hebdomadaire normale de travail dans les entreprises en 2000), ce montant doit être porté à 4'750.62 fr., soit 57'008 fr. par an. Adapté à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux (Evolution des salaires en 2004, p. 34, Tableau T1.93) en 2003 (1.4%), le salaire annuel statistique de référence en 2003 s'élève à 57'806 fr. (et non à 60'290 fr.).
17. a) Lorsque, le revenu d'invalide est évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens, certains empêchements propres à la personne de l'invalide (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, catégorie

d'autorisation de séjour et taux d'occupation) exigent que l'on réduise le montant des salaires ainsi obtenus (ATF 126 V 79 ss. consid. 5b/aa). De telles réductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais doivent tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé (ATF 126 V 80 consid. 5b/bb). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc; VSI 2002 p. 64).

b) En l'espèce, compte tenu de l'ensemble des circonstances, l'abattement de 10% opéré par l'OCAI apparaît approprié, si bien que le gain d'invalidé est de 52'025.40 fr. La comparaison des revenus $[(61'620 - 52'025) \times 100 : 61'620]$ donne une invalidité de 16% arrondi (ATF 130 V 121), ce qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. On ajoutera, à toutes fins utiles, que le résultat ne serait pas différent si l'abattement maximum de 25% que réclame le recourant avait été appliqué.

18. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

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

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Janine BOFFI

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Verena PEDRAZZINI RIZZI

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