

GE_GERICHTE A/1433/2002 vom 14. Januar 2004

GE Cour de justice, 2004-01-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1433_2002

FR: GE_GERICHTE A/1433/2002 du 14 janvier 2004

IT: GE_GERICHTE A/1433/2002 del 14 gennaio 2004

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 14.01.2004
A/1433/2002

A/1433/2002 ATAS/15/2004 du 14.01.2004 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1433/2002
ATAS/15/2004 ARRÊT DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
du 14 janvier 2004 5ème Chambre En la cause Monsieur K_____, comparant par
Maître Henri NANCHEN recourant contre OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, 1211 GENEVE 13 intimé EN FAIT
Monsieur K_____, né le 16 mars 1963, a travaillé en dernier lieu en tant que
chauffeur-livreur dans l'entreprise X_____ depuis le 4 octobre 1995. Auparavant, il
avait travaillé en tant que chauffeur-magasinier, agent d'assurance-vie et
représentant-démonstrateur de soupes et bouillons. L'assuré a subi plusieurs accidents entre
1989 et 1993 suivis de longs arrêts de travail, mais restés sans séquelles. Le 27 juin 1999 il
a déposé une première demande de prestations à l'assurance-invalidité en vue d'un
recyclage, lequel lui a été refusé. Le 5 août 1996, il s'est tordu la cheville gauche à
l'étranger. A son retour le Docteur A_____ a constaté un œdème de la cheville
gauche et une sensation d'instabilité des ligaments et a posé le diagnostic de post-entorse de
la cheville gauche avec syndrome d'instabilité de l'articulation de la cheville gauche.
L'assuré a été en incapacité totale de travailler depuis l'accident jusqu'au 12 novembre
1996. Après une reprise à 100%, il a de nouveau été mis en arrêt de travail le 13 décembre
1996 à 50%, puis du 6 au 9 février 1997 à 100% pour une infiltration. Dès cette date, il a
recommencé à travailler à 50% jusqu'au 19 avril 1997. Le 20 avril 1997, il a été opéré.
Cette intervention a mis en évidence une rupture du ligament externe de la cheville, une
fracture ostéo-chondrale de l'astragale, ainsi qu'une nécrose partielle du tendon du jambier
postérieur. Depuis cette date, l'assuré n'a plus repris son travail. Le 15 janvier 1998,
l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité en vue de la rééducation dans la
même profession. Dans son rapport du 28 mars 1998, le Docteur B_____ a attesté une
incapacité de travail à 100% depuis la date de l'accident du 5 août 1996. Le diagnostic posé
était une fracture post-opératoire de la cheville gauche pour fracture ostéo-chondrale de
l'astragale plastie-ligamentaire et nécrose partielle du tendon du jambier postérieur, ainsi
qu'une algodystrophie secondaire. Selon ce médecin, le patient gardait, malgré tous les
traitements, de fortes douleurs de la cheville, exacerbées par la marche et l'obligeant à
marcher avec une canne anglaise. Toutefois, le docteur B_____ a estimé qu'une autre
activité en position assise, autre que celle de chauffeur-livreur, pouvait être exigée. Dans
son rapport d'expertise du 30 septembre 1998 à l'intention de l'assureur-accident, ALPINA
Assurances, le Docteur C_____ a posé les diagnostics de séquelles d'une entorse de
la cheville gauche et d'une tendinopathie du tendon du jambier postérieur de la cheville
gauche. L'expert a admis qu'il subsistait un empâtement cicatricielle rétromalléolaire

interne gauche, douloureux, en raison vraisemblablement d'adhérence au niveau du tendon du jambier postérieur et d'un magma cicatriciel autour du nerf tibial postérieur. Les séquelles sont qualifiées par l'expert de permanentes. Il a toutefois exprimé un doute quant au mécanisme de l'accident. Selon ce médecin, l'assuré présentait une incapacité totale de travailler en tant que chauffeur-livreur mais avait toutes les aptitudes pour faire un travail dans le secteur du commerce, en position assise, ne mettant pas trop à contribution sa cheville gauche. Le 2 mai 1999, le Docteur B _____ a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 5 août 1998 et a ajouté que le patient avait de plus en plus de peine à marcher et qu'il ressentait des douleurs quasiment perpétuelles au niveau de sa cheville. D'un point de vue objectif, il avait constaté une boiterie relativement importante à la marche, une douleur palpatoire et un œdème périmalloleaire interne, ainsi qu'une diminution de la mobilité astragalienne. Dans son rapport du 20 février 2001, le Docteur C _____ a fait état de ce que l'intéressé avait été observé par une responsable de l'assurance-accident en marchant normalement et sans cannes, alors qu'il était venu quelques jours auparavant dans les bureaux de celle-ci en marchant très péniblement à l'aide de ce moyen auxiliaire. Il a par ailleurs constaté que le patient ne présentait aucune atrophie musculaire du membre soulagé, comme on aurait dû s'y attendre. Les chaussures étaient usées de façon parfaitement symétrique aux talons et semelles, alors qu'elles n'étaient pas neuves. Ce médecin a également observé que l'assuré déchargeait, en marchant avec la canne, le pied droit qui n'avait pas de lésions. Les séquelles orthopédiques relevées cliniquement et radiologiquement étaient minimes. Il a ainsi relevé une discordance nette entre les plaintes du patient et les constatations objectives. Dans son rapport, il fait en outre mention du rapport du psychiatre, le Docteur D _____, qui a diagnostiqué des troubles somatoformes douloureux. Le Docteur C _____ a indiqué à cet égard de manquer de compétence pour infirmer ou confirmer ce diagnostic. Selon son avis, le patient n'était pas inapte au travail dans une activité adaptée à ses handicaps. Le 28 mars 2000, l'assuré a été examiné par le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI). Dans le rapport du 27 juillet 2001 de ce centre, le Docteur E _____, consultant en psychiatrie, a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'autres troubles spécifiques de la personnalité, soit « un trouble grave de la personnalité caractérisé par une immaturité de son développement psychoaffectif, immaturité qui est probablement en relation entre autre, avec son vécu infantile précoce peu sécurisant. ». Ce médecin a relevé que l'assuré ne s'était pas montré accessible précédemment à un travail psychothérapeutique, et a évalué sa capacité de travail à 50% dans une activité adaptée. Selon le rhumatologue consulté dans le cadre de cette expertise, le Dr. D. F _____, l'assuré présentait des douleurs chroniques invalidantes de la cheville gauche après entorse survenue en août 1996, puis intervention pour rupture des ligaments externes et fractures chondrales de l'astragale, ainsi qu'une nécrose partielle du tendon du jambier postérieur pratiquée le 22 avril 1997. Selon cet expert, de fortes limitations fonctionnelles algiques subsistaient à la cheville, sans signes cliniques ni radiologiques d'algoneurodystrophie, ainsi que des lombalgies communes. Les signes objectifs d'atteintes à la cheville étaient très modestes, de sorte que le Dr. F _____ a supposé une composante non-organique à la symptomatologie douloureuse. L'assuré était dans l'impossibilité de maintenir une position statique debout prolongée, d'effectuer des marches en terrain irrégulier de manière prolongée, de marcher de plus de 50 à 100 mètres, la conduite d'un véhicule sans boîte à vitesses automatiques, des activités nécessitant des flexions-extensions de la cheville, des travaux accroupis et des travaux de force. Une

activité en position assise de manutention simple ou sur ordinateur avec aménagement ergonomique de la place de travail pour varier la position de la jambe était cependant envisageable. Les consultants en orthopédie, les Docteurs G_____ et H_____, ont indiqué que les examens neurologiques et électroneuromyographiques du membre inférieur gauche étaient parfaitement normaux et permettaient d'écarter une cause neurologique à la symptomatologie douloureuse. Dans leur évaluation finale, les experts ont mis en évidence l'absence de signe d'atrophie musculaire et d'asymétrie de la couche cornée plantaire. Radiologiquement, ils ont observé cinq ans après l'entorse de la cheville gauche uniquement des signes mineurs d'une arthrose débutante tibio-astragienne et sous-astragienne. Selon eux, l'importance des limitations alléguées par l'assuré ne correspondaient pas aux constatations objectives. Ainsi, ils ont posé un diagnostic différentiel incluant soit un syndrome douloureux somatoforme persistant, soit une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, diagnostic assimilé à une névrose de compensation. Pour ce dernier diagnostic, les médecins consultés ont fait état du comportement de l'assuré mettant en doute la sincérité de ses plaintes, le manque d'observances thérapeutiques, les discordances notoires quant aux limitations fonctionnelles en regard de l'absence totale de signes d'épargne de son pied gauche. A cela s'ajoutait une attitude quérulente. Au vu de ces éléments, le COMAI a conclu à une composante consciente à l'amplification de ses plaintes, ce qui rendait moins vraisemblable le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants. L'évaluation psychiatrique a été pondérée dans les conclusions finales dans la mesure où le Docteur E_____ n'avait pas eu connaissance de l'ensemble des éléments, en particulier du rapport d'expertise du Docteur C_____. Les experts ont relevé à cet égard qu'à aucun moment un quelconque trouble thymique ou des troubles de la pensée ont été relevés. Les relations sociales de l'assuré étaient intactes. Le degré de capacité de travail résiduelle en tant que chauffeur-livreur était inférieur à 30%. Toutefois, une capacité de travail d'au moins 80% était raisonnablement exigible dans une activité adaptée. Des mesures de reclassement professionnel n'étaient pas judicieuses dès lors que l'assuré avait toujours été en mesure de retrouver lui-même une activité lucrative. Selon l'appréciation médicale du médecin conseil de l'assurance-invalidité, le Docteur I_____, du 31 août 2002, la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée dans la mesure où la majoration des symptômes physiques telle que décrite dans le rapport COMAI n'avait pas valeur d'invalidité. Dans son rapport du 10 octobre 2001, le Docteur J_____, a soupçonné une capsulite voir une capsulo-synovite chronique de la cheville touchant le plan tibio-astragalien et pérénéo-astragalien. Le 26 novembre 2001, le Docteur L_____ a fait état des plaintes de son patient, ainsi que de ses constatations et de son appréciation médicales, sans apporter de nouveaux éléments objectifs. Par sa décision du 22 avril 2002, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures d'ordre professionnelles. Toutefois une aide au placement a été proposée à l'assuré, à condition d'en former la demande et de participer activement aux mesures proposées, en faisant lui-même des recherches d'emplois et de justifier des efforts dans ce sens. Selon l'OCAI, la perte de gain de l'assuré n'était que de 15%. Par acte du 23 mai 2002, l'assuré a formé recours, par l'intermédiaire de son conseil, contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente. A l'appui de son recours il a fait essentiellement valoir qu'il n'avait jamais retrouvé la mobilité de sa cheville gauche et qu'il ressentait de vives douleurs presque constamment, de sorte qu'il était entravé dans sa vie de tous les jours pour se déplacer et pour retrouver une activité professionnelle adaptée. Selon le recourant, le revenu avec handicap ne saurait

dépasser 22'000 fr., soit parce qu'il ne pouvait dépasser un taux d'activité de 50% soit parce que dans un taux d'activité à 80%, la place de travail devait être aménagée. Ainsi, le recourant est arrivé à une perte de gain de 57%. Dans sa détermination du 25 juillet 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours en se fondant sur une capacité de travail à 100%. Selon l'Office, il ne peut être tenu compte d'une diminution de la capacité de travail en raison de la majoration des symptômes physiques, telle qu'elle ressortait des rapports médicaux. Dans sa réplique du 30 août 2002, le recourant a persisté dans ses conclusions précédentes. Il a fait valoir que tous les médecins, sauf le Docteur I _____, ont décrété une incapacité de travail allant de 20 à 50% dans une activité adaptée. Il a rappelé à cet égard que le Docteur M _____ a diagnostiqué un trouble grave de la personnalité, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a fait état par ailleurs du certificat du 26 novembre 2001 du Docteur L _____, selon lequel l'assuré présentait des douleurs de la cheville gauche tant du côté interne que du côté externe entraînant une raideur et des blocages matinaux fréquents. Il a relevé enfin que, selon le Docteur B _____, la capacité de travail n'était que de 50% dans une activité adaptée, et que cet avis rejoignait celui du Docteur E _____. Dans sa duplique du 30 septembre 2002, l'OCAI a maintenu sa position. Par son courrier du 7 janvier 2003, l'OCAI a fait parvenir à l'ancienne Commission cantonale de recours AVS/AI diverses pièces qui lui avaient été adressées par l'ALPINA Assurances. Parmi celles-ci figure un certificat médical du Docteur N _____, chirurgien orthopédiste, du 7 février 2001, selon lequel les lésions et plaintes constatées n'étaient pas dues uniquement à l'accident dans la mesure où une entorse n'évoluait pas de cette manière. Selon ce médecin, l'assuré ne présentait aucune incapacité de travail. Selon les constatations du Docteur O _____, figurant dans sa lettre du 28 mai 2001 adressée au Docteur P _____, les séquelles orthopédiques ne pouvaient pas être réellement considérées comme minimales. Cependant, les symptômes étaient certainement exagérés, raison pour laquelle ce praticien proposait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il a également indiqué que la marche s'effectuait avec une importante boiterie à gauche dans le cabinet, sans pratiquement dérouler le pied. Cependant, lors de la sortie du patient, le déroulement de la cheville était nettement plus marqué, la boiterie avait pratiquement disparue et la canne n'était tenue que de façon très légère. Le recourant a renoncé à se déterminer sur ces nouvelles pièces qui lui avaient été communiquées par courrier du 14 janvier 2003. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 a été modifiée et un Tribunal cantonal des assurances sociales a été institué dès le 1^{er} août 2003 (cf. art. 1^{er} let. r LOJ). Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour trancher le présent litige. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la

loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après LAI) et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Déposé dans les formes et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable à la forme, en vertu des articles 69 a LAI et 84 ancien de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (ci-après a LAVS). Selon l'art. 4 al. 1^{er} a LAI, l'invalidité au sens de la présente loi 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. L'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1^{er} a LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3% au moins, une demie rente est accordée pour une invalidité de 50% au moins et un quart de rente pour une invalidité de 40% au moins. En vertu de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soient claires et que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a, ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). En outre, lorsqu'il apprécie des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Les experts du COMAI arrivent à la conclusion que le recourant présentent une capacité de travail d'au moins 80% dans une activité adaptée avec un plein rendement. Toutefois, le Docteur I _____ s'est écarté de cette appréciation médicale pour arriver à une capacité de travail à 100%, en raison de la majoration des symptômes. En l'occurrence, plusieurs médecins ont relevé des discordances manifestes entre les plaintes du recourant, le comportement observé et les constatations médicales objectives. Il convient également de relever que le Docteur C _____, dans son rapport d'expertise très détaillé du 20 février 2001, est arrivé à la conclusion que le recourant présentait une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée. Il convient d'attribuer une pleine valeur probante à ce rapport, lequel correspond en tout point aux exigences de la jurisprudence précitée. Au vu de l'ensemble de ces éléments, le Tribunal de céans est de l'avis que l'OCAI a admis à raison une capacité de travail du recourant à 100% dans une activité légère sans port de charges et en position assise. En vertu de l'art. 28 al. 2 a LAI, pour l'évaluation de l'invalidité, 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. Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral

des assurances sociales, est déterminant pour la comparaison des salaires le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Toutefois, si les conditions salariales se sont modifiées de façon considérable dans le laps de temps qui a suivi, il convient de procéder à une comparaison de salaire supplémentaire, sur la base des nouvelles données (ATF 128 V 174 ; ATF non publié du 9 août 2002, consid. 3.1, I 26/02 et du 18 octobre 2002, consid. 3.1., I 761/01). Pour chiffrer le revenu d'invalidé, il y a lieu de se référer, selon la jurisprudence, à ce qu'on appelle les tableaux de salaires des statistiques. Cette possibilité est retenue en particulier lorsque l'assuré n'a repris, après la survenance de l'atteinte à la santé, aucune activité lucrative pouvant être raisonnablement attendue de lui (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Est alors déterminant la valeur centrale de la statistique des salaires bruts standardisés (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; VSI 1999, p. 182). Le montant obtenu sera le cas échéant encore réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, par exemple certaines limitations liées au handicap, 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'invalidé, 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, c'est à juste titre que l'OCAI s'est fondé, pour le revenu sans handicap, sur le salaire réalisé en dernier lieu chez X_____ en 1996, soit le montant de 49'700.- fr. par an. Indexé à l'année, à partir de laquelle son droit à la rente pourrait au plus tôt prendre naissance, soit 1998, le salaire annuel réactualisé s'élève à 50'276 fr. Le salaire de référence, auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé est selon les statistiques de 4'268 fr. par mois, soit de 53'244 fr. par an (L'enquête suisse sur la structure des salaires, ESS, 1998 TA1 p.25, niveau de qualification 4). Il s'avère que ce salaire pour seulement 40 heures, alors que la moyenne usuelle de travail en 1998 était de 41,9 heures (cf. La vie économique 12/2003 p. 94, tableau B9.2), est supérieur à celui que le recourant aurait réalisé en 1998, s'il n'était pas invalide. Il se pose dès lors la question de savoir si la limite supérieure pour le salaire avec handicap ne doit pas être celui du salaire réalisé précédemment sans invalidité. Cependant, cette question peut rester ouverte en l'espèce, dans la mesure où, en prenant en considération pour le salaire avec handicap le dernier salaire réalisé sans invalidité, la perte de gain est inférieure à 40%. En effet, afin de tenir compte de ce que le recourant souffre d'un handicap et que les activités lourdes sont mieux rémunérées que les travaux légers, il est tout au plus justifié d'effectuer une réduction de 10% par rapport à son dernier salaire, au vu de son relatif jeune âge et en tenant compte qu'il est ressortissant suisse. La perte de gain n'est ainsi que de ce pourcentage. Un tel degré d'invalidité n'ouvre pas le droit à une rente. Reste à examiner si le recourant pourrait bénéficier de mesures de réadaptations professionnelles. Selon l'art. 8 al. 1 a LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. L'art. 8 al. 3 a LAI précise que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures d'ordre professionnel, telles que l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement professionnel et une aide au placement. Aux termes de l'art. 17 a LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession, si son invalidité le rend nécessaire et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de

manière notable. Est considéré comme invalide, au sens de cette disposition, celui qui subit, du fait de ses atteintes à la santé, une perte de gain d'environ 20% (ATF 124 V 108 , 110). Le salaire avec handicap déterminant du recourant n'étant inférieur que de 10% à son salaire sans invalidité, le recourant ne saurait non plus bénéficier de mesures de réadaptations professionnelles. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la décision attaquée confirmée. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare recevable le recours interjeté par Monsieur K_____ contre la décision de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 22 avril 2002. Au fond : Le rejette. Confirme la décision attaquée. Dit qu'il n'est pas perçu d'émoluments ni alloué d'indemnités 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 qu'elle 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 : Yaël BENZ La Présidente : Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.