

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1420/2002

ATAS/211/2004

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 31 mars 2004

5ème Chambre

En la cause

Monsieur B_____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Mme Maya CRAMER, Présidente, Mme Doris WANGELER et Mme Karine
STECK, Juges**

EN FAIT

1. Monsieur B _____, né août 1946, a travaillé en dernier lieu en tant que chauffeur-livreur.
2. Depuis la survenance d'un accident (chute sur la fesse gauche pendant une livraison de casiers de bouteilles) en date du 16 mars 1993, il est en incapacité de travailler en raison de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs avec blocages itératifs.
3. Une tentative de reclassement comme chauffeur de taxi par l'assurance-invalidité a été interrompue par l'assuré, en raison des blocages de son dos.
4. Par décision du 20 novembre 1995, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a octroyé à l'assuré une demi-rente dès le 1^{er} février 1995, décision qui a été confirmée sur recours par le jugement de la Commission cantonale de recours AVS-AI (ci-après : Commission de recours) du 16 septembre 1996.
5. Au début de l'année 1997, l'OCAI a initié une procédure de révision du droit à la rente. Dans le cadre de celle-ci, l'assuré lui a communiqué le 12 février 1997 que son état ne s'était pas amélioré. Son dos restait bloqué par moment et il ressentait fréquemment des douleurs et lancées en bas des reins. Pour rester en forme, il faisait régulièrement des exercices à la maison, ainsi que du vélo d'appartement. Il était à la recherche d'un emploi à 50% avec l'aide de l'assurance-chômage, mais ses démarches étaient demeurées vaines. Son âge et son état de santé étaient cités le plus souvent comme motifs de refus.
6. Dans son rapport du 17 mars 1997, le Docteur L _____, chiropraticien, a attesté que l'état de santé actuel de son patient était stationnaire et qu'il présentait une incapacité de travail de 50 à 100% selon les crises provoquées par des efforts. Il a posé le diagnostic d'entorse discale L4-L5 avec petite protrusion discale L5-S1. En plus des lombalgies, l'assuré souffrait d'une diminution de force du bras droit. Ce médecin a également expliqué que son patient avait été en traitement chez lui du 22 mars 1993 au 19 avril 1994 et qu'il avait interrompu ce traitement pour des raisons financières, dans la mesure où il n'avait pas réglé les primes de l'assurance-maladie. Le traitement avait été repris chez ce chiropraticien à partir du 4 mars 1997. Il a suggéré de procéder à un examen médical pour réévaluer sa capacité de travail, dans la mesure où toute activité impliquant des efforts violents

ou des ports de charges risquaient de provoquer des rechutes que son patient redoutait.

7. Le 3 avril 1997, l'OCAI a communiqué à l'assuré que la procédure de révision était terminée et qu'il avait constaté que son degré d'invalidité n'avait pas changé, de sorte qu'il pouvait continuer à bénéficier de la même rente.
8. Du 11 mai au 6 septembre 1998, l'assuré a bénéficié d'une occupation temporaire de l'Office cantonal de l'emploi comme nettoyeur dans une bibliothèque. Cette activité a dû être interrompue dès le 7 septembre 1998, en raison du blocage de son dos.
9. En date du 17 septembre 1998, l'assuré a formé une demande de révision, afin de pouvoir bénéficier d'une rente d'invalidité à 100%. Il l'a motivée par la détérioration de son état de santé qui nécessitait de nouveau un traitement médical.
10. Par son rapport du 12 octobre 1998, le Docteur L _____ a diagnostiqué des lombalgies basses avec syndrome douloureux chronique. L'incapacité de travail était de 100% dès le 7 septembre 1998 et pour une durée indéterminée. Il a par ailleurs observé que son patient avait fait une rechute hyperalgique au début du mois de septembre 1998 que son traitement avait améliorée. Selon ces termes, il doutait toutefois pouvoir faire mieux qu'une simple amélioration.
11. Dans leur rapport du 30 novembre 2000, les Docteur M _____ et la Doctoresse N _____ de la polyclinique de Genève des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) ont attesté que l'état de santé de l'assuré allait en s'aggravant et que sa capacité ne pouvait être améliorée par des mesures médicales. Seul un travail à temps partiel à domicile qui pouvait être interrompu par des changements de position et la possibilité de s'allonger entrerait en ligne de compte. Selon leurs diagnostics, il souffrait de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs avec blocages itératifs et d'un status post-section musculaire de l'avant-bras gauche avec perte de force de 38%. L'assuré ressentait des douleurs constantes, modérées, avec des aggravations sous forme de blocages, survenant de façon irrégulière, plusieurs fois par semaine, parfois plusieurs fois par jour, nécessitant une position allongée. Ces médecins ont constaté une importante douleur à la palpation de la charnière lombo-sacrée droite et de la musculature lombaire gauche. Par ailleurs, la mobilité lombaire était fortement diminuée. Ils n'ont toutefois pas constaté de déficit neurologique, hormis une diminution de la motricité du bras gauche.

12. Sur mandat de l'OCAI, le Docteur O _____ a effectué une expertise de l'état de santé de l'assuré. Dans son rapport du 16 octobre 2001, il a diagnostiqué des lombalgies chroniques présentes depuis de nombreuses années et exacerbées par un accident survenu en 1993. Selon ses plaintes subjectives, l'expertisé avait une douleur permanente en barre dans le bas de la région lombaire. Ne pouvant garder la même position plus de 10 à 15 minutes, il devait constamment alterner les positions. Il avait par ailleurs renoncé à essayer de porter des fardeaux, dès lors que chaque essai provoquait un blocage. Ceux-ci survenaient sans raison plusieurs fois par semaine et l'obligeaient à se coucher. Selon le Docteur O _____, l'incapacité de travail était de 20% au moins depuis 1993. Elle s'était aggravée depuis cette date et avait certainement atteint son maximum il y a quelques années. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables et il n'était pas non plus possible d'améliorer la capacité de travail ni par des mesures médicales ni par des moyens auxiliaires. La capacité de travail de l'assuré n'était pas supérieure à deux heures par jour.
13. Le 14 janvier 2002, le Service médical régional du Lemman (ci-après : le SMR) de l'assurance-invalidité s'est prononcé sur le dossier de l'assuré. Il a rappelé l'expertise effectuée par le Docteur P _____ en 1995, laquelle a fait mention de lombalgies récidivantes dès 1970 nécessitant des interruptions de travail chaque année, ainsi que de problèmes financiers entraînant un découragement de l'assuré, à même d'expliquer la persistance des plaintes douloureuses. Selon le SMR, les résultats des examens effectués par la policlinique de médecine (radiographie, échographie, CT-scan lombaire) étaient superposables à ceux de 1995. Ils ne montraient que de discrets troubles dégénératifs et statiques, sans image de discopathie. De l'avis de ce service, les constatations objectives étaient discrètes. A son avis, une capacité de travail dans une activité adaptée était certainement exigible à 50%, en tenant compte des interruptions nécessitées par la survenue de lombalgies aiguës. Par ailleurs, les examens médicaux récents ne faisaient pas état d'une aggravation, mais d'un déconditionnement physique qui ne pouvait être retenu comme cause d'une invalidité permanente.
14. A la suite de la communication d'un projet de refus de sa demande de révision, l'assuré a communiqué le 7 février 2002 à l'OCAI qu'il était dans l'impossibilité de travailler en raison des douleurs et des blocages qui pouvaient se produire à n'importe quel moment. Son dos était resté bloqué encore récemment et la douleur avait été tellement intense qu'il avait l'impression de recevoir comme des décharges électriques en bas des reins.

15. Par sa décision du 22 mars 2002, l'OCAI a rejeté la demande de révision de l'assuré.
16. Par sa lettre du 18 avril 2002, l'assuré a recouru contre cette décision en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. A titre préalable, il a demandé une contre-expertise. Il a également sollicité un entretien avec l'un des responsables de la Commission de recours.
17. Dans sa détermination du 24 juin 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il a fait valoir qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux en faveur d'une aggravation significative ou notable de sorte qu'il n'y avait pas lieu de faire une appréciation différente de la capacité de travail du recourant.
18. Le 9 juillet 2002, l'OCAI a transmis à la Commission de recours le certificat médical que lui avait adressé, pour le recourant, le Docteur Q_____, par lequel ce praticien a attesté qu'il ressortait de l'anamnèse de l'examen clinique et du bilan radiologique que son patient souffrait de blocages itératifs lombaires avec lombosciatalgies sévères et fréquentes, à mettre sur le compte de discopathies lombaires étagées. De l'avis de ce médecin, il convenait d'entrer en matière sur l'octroi d'une rente à 100%, dans la mesure où l'on ne pouvait pas imaginer chez ce patient la reprise d'une activité professionnelle, en raison de l'histoire clinique.
19. Entendu en comparution personnelle en date du 14 janvier 2004, le recourant a déclaré qu'il était impossible de chiffrer le nombre de blocages qu'il avait eu en 1995 et qu'il avait aujourd'hui. Ces douleurs s'étaient aggravées graduellement de sorte qu'il avait maintenant mal en permanence. Il a également indiqué qu'il n'avait pas fait l'objet d'un examen médical par le SMR Léman. Enfin, il a fait état de difficultés financières et qu'il était sous traitement antidépresseur depuis quatre années.

EN DROIT

1. 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 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.

2. 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.
3. Déposé dans les forme 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 LAVS).
4. Aux termes de l'art. 41 LAI, les rentes en cours doivent être augmentées, réduites ou supprimées, pour l'avenir, si le degré d'invalidité se modifie de manière à influencer le droit à ces prestations. Une telle révision de rente a lieu d'office ou sur demande (art. 87 al.1 RAI). Dans sa demande de révision, l'assuré doit rendre plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits, selon l'art. 87 al. 3 RAI.

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit élucider les faits et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite. Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la dernière décision entrée en force, la demande est à rejeter. Dans le cas contraire, elle doit examiner si la modification constatée permet de fonder le droit à une rente ou à une augmentation de celle-ci. En cas de recours, le juge a les mêmes devoirs d'examen (ATF 117 V 198, 109 V 115).

5. En l'espèce, l'OCAI est entré en matière sur la demande de révision du recourant. Il appartient dès lors au Tribunal de céans d'examiner si son état de santé s'est modifié au point de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité entière.
6. Selon la jurisprudence constante 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).

7. En l'espèce, le chiropraticien traitant du recourant, le Docteur L_____, fait clairement état d'une aggravation de la santé du recourant. Le Docteur R_____ et la Doctoresse N_____ de la polyclinique de médecine des HUG ont également examiné le recourant et procédé à des examens médicaux supplémentaires. Il convient de relever que c'est la première fois que ces médecins ont été consultés et qu'il ne s'agit donc pas des médecins traitant de l'assuré. Dans leur rapport du 30 novembre 2000, ils indiquent que l'état de l'assuré va en s'aggravant et qu'il présente une incapacité de travail à 100% en tant que chauffeur-livreur. Seule une activité à temps partiel à domicile, pouvant être interrompue par des changements de position ou par la

possibilité de s'allonger, pourrait entrer en ligne de compte. Dans son expertise du 16 octobre 2001, l'expert mandaté par l'OCAI, le Docteur O_____ arrive à la même conclusion. Il estime que l'assuré ne peut être placé sur le marché du travail, dans la mesure où une activité ininterrompue de seulement deux heures par jour pourrait être exigible. Il admet toutefois que les blocages sont difficiles à expliquer. Une réponse à cette question peut être cherchée dans la sédentarité de l'assuré, même s'il fait un peu de vélo, la prise de poids importante au cours des dernières années, le déconditionnement physique et son hyperlordose. Enfin, le Docteur Q_____ a fait les mêmes constatations que les médecins précédents et en tire aussi la conclusion que l'incapacité de travail est totale.

En dépit de ces avis médicaux, le SMR a considéré que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé au sens de la loi, dans la mesure où les examens d'imagerie médicale ne montraient pas de modifications et où un déconditionnement physique ne pouvait être retenu comme cause d'une invalidité permanente. Il est cependant à relever que les médecins du SMR n'ont pas convoqué l'assuré pour un nouvel examen. Leur rapport du 14 janvier 2002 ne saurait dès lors être considéré en principe comme une expertise, conformément à la jurisprudence en la matière.

Au vu de l'ensemble du dossier, le Tribunal de céans est de l'avis qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions d'expertise du Docteur O_____, lesquelles confirment en tous points celles du Docteur R_____ et de la Doctoresse N_____, ainsi que des médecins traitants. En effet, cet expert a procédé à un examen complet du recourant, s'est prononcé en pleine connaissance du dossier et arrive à un résultat tout à fait convaincant et concordant avec les avis des autres médecins qui se sont exprimés dans la présente procédure. L'aggravation, à savoir l'augmentation des blocages du dos, n'est par ailleurs contestée par aucun des médecins consultés, même s'il faut admettre avec le SMR que les radiographie, échographie et le CT-scan lombaire ne montrent pas de modification par rapport aux examens effectués en 1995. Quant aux causes de l'aggravation, lesquelles ne seraient pas reconnues au sens de la loi selon le SMR, il convient de relever que ce n'est point la cause qui est pertinente, mais la constatation d'une maladie au sens de la loi engendrant une incapacité de travail. Or, en l'occurrence, il y a un substrat médical indéniable pouvant expliquer les blocages handicapants dont la réalité n'a pas été mise en doute. Par ailleurs, il est à rappeler que le recourant ne se néglige pas totalement, dans la mesure où il a maintenu une petite activité sportive en faisant des exercices et de la bicyclette à la maison.

En ce qui concerne l'obésité qui a été relevée, elle n'est, d'une part, pas d'une gravité extrême. D'autre part, le recourant a certes grossi depuis l'examen médical effectué par le Docteur P _____ en septembre 1995, mais cette prise de poids s'est limitée à 4 kilos (110 kilos pour 182cm en octobre 2001, selon le rapport du Docteur O _____). Enfin, on ne saurait rendre responsable l'assuré d'un déconditionnement physique qui a aggravé son atteinte à la santé et lui refuser pour ce motif une rente pour l'incapacité de travail établie.

8. Le Docteur O _____ ayant considéré que le recourant pouvait travailler deux heures par jour, il convient d'admettre une incapacité de travail de 75%. Ce pourcentage ouvre le droit à une rente entière.
9. Selon l'art. 88 bis al. 1 let. a RAI, l'augmentation de la rente prend effet au plus tôt dès le mois où la demande de révision est présentée, soit en l'occurrence septembre 1998.
10. Au vu de ce qui précède, il convient d'annuler la décision attaquée et d'octroyer au recourant une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 1998.

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

Statuant

A la forme :

Déclare recevable le recours interjeté par Monsieur B_____ contre la décision du 22 mars 2002 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité.

Au fond :

1. L'admet.
2. Annule la décision attaquée.
3. Octroie au recourant une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} septembre 1998.
4. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument ni alloué d'indemnité.
5. 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