



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1429/2000

ATAS/213/2003

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 13 novembre 2003

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur S _____

représenté par Maître Maurizio LOCCIOLA

Case postale 3055

1211 – G E N E V E 3

recourant

contre

**OFFICE CANTONAL
DE L'ASSURANCE-INVALIDITE**

Case postale 425

1211 G E N E V E 13

intimé

Siégeant : Mme Karine STECK, Présidente

**Mme Daniela WERFFELI BASTIANELLI, M. Laurent VELIN, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur S _____, ressortissant portugais, est né en 1958 au Portugal et est arrivé en Suisse en 1986, afin d'y exercer sa profession de maçon.
2. Le 20 septembre 1993, l'intéressé a été victime d'un accident sur son lieu de travail ; un tube de fer d'une quarantaine de kilos l'a heurté à la nuque.

L'assuré n'a pas été hospitalisé mais a été soigné en ambulatoire dès le 30 septembre suivant, date de son arrêt de travail.

3. Le 4 octobre 1993, le CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DE FLORISSANT a conclu à un double prolapsus disco-ligamentaire postero-median C4-C5 et C5-C6 (pièce 2, fourre 5, dossier OCAI).
4. Dans un certificat médical du 16 décembre 1993, le Dr A _____, spécialiste en neurologie, a retenu que le patient présentait un syndrome cervical avec un syndrome subjectif en voie d'amélioration mais encore important et invalidant. Par contre, il n'y avait aucun signe objectif de lésion radiculo-médullaire (pièce 6, fourre 5, dossier OCAI).
5. Du 24 mai au 17 juin 1994, l'assuré a été hospitalisé à la Clinique de réadaptation de la Caisse nationale suisse d'accidents (CNA) à Bellikon pour suivre une physiothérapie en milieu hospitalier (pièces 9 et 10, fourre 5, dossier OCAI).

Le rapport de sortie de cette clinique mentionne que les traitements n'ont pas eu d'effet sur les douleurs et qu'une pause thérapeutique de 4 semaines est indiquée.

La capacité de travail à la sortie a été fixée à 50% dès le 4 juillet 1994.

6. Le 19 août 1994, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation, lequel lui fait subir un choc de type « coup du lapin » (entorse cervicale), à la suite duquel il a consulté à nouveau le même centre d'imagerie médicale qui a conclu qu'il n'y avait pas de fracture décelable, mais a confirmé le diagnostic du 4 octobre 1993 en sus d'une hernie discale (pièce 3, fourre 4, dossier OCAI).

-
7. En date du 30 septembre 1994, le Dr B_____, neurochirurgien, a confirmé le diagnostic d'hernie discale, tout en soulignant qu'une opération ne soulagerait pas le patient (pièce 4, fourre 4, dossier OCAI).
 8. Suite à un examen du patient et de son dossier du 20 octobre 1994, le Dr C_____, chirurgien et conseil de la CNA a conclu qu'on pouvait relever chez l'assuré un syndrome cervical subjectif sans signes objectifs majeurs. La contusion moyenne subie devait être guérie et l'assuré devrait pouvoir reprendre le travail. Par ailleurs, la normalité des résultats de l'examen physique ne permettait pas d'admettre une perte d'intégrité (pièce 12, fourre 5, dossier OCAI).
 9. En date du 22 mai 1995, l'assuré a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) une demande de prestations pour adultes visant un reclassement dans une nouvelle profession ou une rente.
 10. Dans son rapport médical du 20 avril 1996, le Dr D_____ parvenait au diagnostic suivant : status post-état traumatisme occipito-cervical du 20.9.93. Troubles prolapsus disco-ligamentaires à la hauteur C-C5 post traumatique. Hernie discale C6-C7, syndrome post traumatique cervical. Persistance d'occipito-cervicalgies invalidantes, vertiges. Troubles psychogènes post-traumatiques (pièce 5, fourre 4, dossier OCAI).
 11. Suite à l'appréciation du Dr C_____, l'assuré a demandé à être examiné à nouveau par la CNA. Le Dr E_____, médecin d'arrondissement de la CNA, a alors rendu un second rapport le 15 octobre 1996, lequel concluait que l'effet délétère des accidents était éteint (pièce 30, fourre 5, dossier OCAI).
 12. Par décision sur opposition du 3 mars 1997, la CNA a confirmé que le paiement des indemnités journalières et des soins médicaux était arrêté au 31 octobre 1996 (pièce 36, fourre 5, dossier OCAI).
 13. Le 22 juillet 1997, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a décidé de mandater le Centre d'intégration professionnelle de l'assurance-
-

invalidité (ci-après : COPAI) afin de faire effectuer un stage à l'assuré (fourre 7, dossier OCAI).

Ce stage a débuté le 25 août 1997 et a été interrompu le 5 décembre 1997, en raison du manque de motivation et des absences de l'intéressé.

Il ressort de ce stage et des essais effectués en entreprise que l'assuré n'était pas motivé pour une réinsertion professionnelle, mais que ses capacités manuelles étaient d'un bon niveau, ce qui lui permettrait de travailler à plein temps dans certaines professions avec un rendement normal (mécanicien de précision, « service man » ou vendeur).

14. Sur demande du Dr D _____, le CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DE FLORISSANT a réalisé une imagerie par résonance magnétique de la colonne cervicale de l'assuré le 15 octobre 1997 dont les conclusions ont été les suivantes : « *hernie discale intracanalairé latéralisé du côté droit à l'étage C5-C6. A l'étage sous-jacent C6-C7 il y a une protrusion discale et une spondylite réactionnelle postérieure. Enfin, très discret prolapsus disco-ligamentaire, vraiment minime aux étages C4-C5 et D1-D2* » (pièce 7, fourre 4, dossier OCAI).

15. L'assuré déclarant avoir dû interrompre son stage en raison de ses douleurs, le médecin-conseil de l'OCAI, le Dr F _____, a demandé des renseignements au Dr G _____, lequel a relevé dans un rapport du 27 janvier 1998 que la mobilité de la région cervicale postérieure était étonnamment bonne et que le patient ne souffrait pas de limitation véritable.

D'après ce médecin, la disparité entre une gestuelle spontanée, tout à fait libre, et le degré d'invalidité signalé tout au long de l'anamnèse restait frappante, de sorte que le malade devait pouvoir reprendre une activité (pièce 11, fourre 4, dossier OCAI).

16. Une imagerie par résonance magnétique de la colonne lombaire de l'assuré réalisée le 18 juin 1998 a décelé une « *petite protrusion médiane L5-S1 sur*

début de discopathie, sans autre lésion de la colonne lombaire » (pièce 13, fourre 4, dossier OCAI).

17. Par décision du 28 septembre 1998, l'OCAI a refusé l'octroi de prestations, décision contre laquelle l'assuré a déposé un recours le 20 octobre 1998 auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'AVS-AI (ci-après : la Commission) par l'entremise de Me LOCCIOLA.
18. A la lecture des certificats médicaux des Drs H_____ (pièce 2, fourre 2, dossier OCAI) et I_____ (pièce 16, fourre 4, dossier OCAI) produits par l'assuré au cours de la procédure, l'OCAI a informé la Commission et l'assuré par courrier du 23 avril 1999 que la décision litigieuse était annulée et que l'assuré serait envoyé dans un centre d'observation médicale (ci-après : COMAI) pour une expertise.
19. Par jugement du 2 juillet 1999, la Commission a tout de même statué sur les dépens à la demande du recourant et lui a octroyé CHF 500.- à titre de participation à ses frais ainsi qu'à ceux de son mandataire.
20. Le 4 novembre 1999, le COMAI de Bellinzone a rendu son rapport en italien et conclu qu'il avait existé une incapacité de travail totale depuis 1993, mais que la capacité de travail de l'assuré était de 75% depuis le 18 juin 1994, quel que soit le métier considéré, y compris celui de maçon (pièces 21 à 24, fourre 4, dossier OCAI).

Il a été souligné que le patient souffrait d'un syndrome douloureux, en grande partie subjectif, impliquant sur le plan neurologique une incapacité de travail de 30% au maximum, alors que, d'un point de vue psychiatrique, il était apte au travail à 100%.

Enfin, les experts ont conclu que sur la base de l'expertise, l'assuré avait encore de grandes possibilités professionnelles, du point de vue médico-théorique, alors que son état de santé n'avait fait l'état d'aucune aggravation depuis 1997.

21. Par courrier du 24 février 2000, Me LOCCIOLA a demandé à l'OCAI de lui faire parvenir une traduction française du rapport du COMAI de Bellinzone.
22. Le 31 mars 2000, l'OCAI a fait savoir à l'avocat qu'une traduction ne se justifiait pas en l'espèce et qu'il lui serait loisible de recourir contre sa décision.
23. Par décision du 8 mai 2000, l'OCAI a rejeté la demande de prestations AI de l'assuré tant en ce qui concernait la rente que les mesures professionnelles.
24. Le 8 juin 2000, Me LOCCIOLA a interjeté recours contre cette décision, demandant préalablement la traduction du rapport du COMAI en français et principalement l'octroi d'une rente d'invalidité complète pour son mandant dès le 1^{er} octobre 1994.
25. Invité à se déterminer, l'OCAI a confirmé le 31 juillet 2000 que la traduction des rapports d'expertise en français ne se justifiait pas et que la décision devait être confirmée.
26. Par jugement incident du 23 avril 2001, la Commission a ordonné la traduction de l'expertise aux frais de l'OCAI. Ce jugement a été confirmé par un arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 27 février 2002, sur recours de droit administratif de l'OCAI.
27. Invité à prendre position une fois la traduction communiquée, le 17 décembre 2002, Me LOCCIOLA a persisté dans ses conclusions et indiqué que l'état de santé de son mandant s'était aggravé.
28. Par courrier du 17 février 2003, l'OCAI a quant à lui maintenu sa décision et rappelé qu'il ne pouvait être tenu compte dans le cadre de la procédure d'une aggravation de l'état de santé du recourant.
29. Le 24 février 2003, la Commission a informé les parties que l'instruction était terminée et qu'il serait statué en l'état à défaut d'indications contraires des parties.

-
30. Par courrier du 1^{er} avril 2003, Me LOCCIOLA a encore demandé l'audition du Dr H_____ afin de mettre en évidence l'aggravation de l'état de santé de son mandant.

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. article 1 lettre r LOJ - E 2 05). Conformément à l'article 3 alinéa 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 du présent litige.

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) 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 LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

2. Déposé dans les formes et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable à la forme, en vertu des articles 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après : LAI ; RS 831.20), et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après LAVS ; RS 831.10) dans leur ancienne teneur.

-
3. Selon l'article 4 alinéa 1^{er} LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée 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'article 28 alinéa 1^{er} LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est échelonnée comme il suit, selon le degré d'invalidité :

Degré de l'invalidité	Droit à la rente en fraction d'une rente entière
40 pour cent au moins	un quart
50 pour cent au moins	une demie
66 ² / ₃ pour cent au moins	rente entière

Selon l'alinéa 2 du même article, 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.

4. En l'espèce, le recourant conteste le taux d'invalidité de 25% au maximum retenu par l'OCAI et soutient être invalide à 100%, au vu des avis émis par certains médecins.

Avant d'examiner le taux d'invalidité du recourant, ainsi que son éventuel droit à une rente, il convient d'examiner la question des mesures de réadaptation auxquelles celui-ci pourrait avoir droit.

La longue procédure et plus particulièrement les stages d'observation professionnelle réalisés au CIP de Genève (fourre 7, dossier OCAI) - auxquels il

convient de se référer sur cette question - ont mis en évidence l'inutilité de telles mesures, au vu du comportement de l'assuré.

En effet, il ressort des rapports rendus à l'issue de ces stages que le recourant ne souhaite pas faire d'efforts pour reprendre une activité professionnelle, bien qu'il ait démontré durant plusieurs semaines en avoir les capacités. Il ne souhaite pas mettre sur pied de projet professionnel et affirme avoir dû stopper les stages en décembre 1997 en raison des douleurs ressenties. Il est même souligné que les chances de reprise sont faibles dès lors que l'assuré a démontré un comportement inadéquat avec manque d'engagement et une motivation inexistante (pièce 18, fourre 7, dossier OCAI).

De plus, le Dr G _____, consulté en janvier 1998, a relevé que la mobilité de la région cervicale postérieure était étonnamment bonne, que le patient ne souffrait pas de limitation véritable et qu'il était pleinement en mesure de reprendre une activité (pièce 11, fourre 3, dossier OCAI).

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OCAI a refusé au recourant le droit à des mesures de réadaptation, de sorte que l'examen du droit à une rente ordinaire peut être effectué.

5. S'agissant du taux d'invalidité, il y a lieu de souligner tout d'abord qu'il ne correspond pas forcément à l'incapacité de travail retenue par les médecins (Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité - CIIAI, n° 3004), ainsi que semble le penser le recourant.

La méthode générale de comparaison des revenus est utilisée, s'agissant d'un assuré ayant dû interrompre ou cesser son activité lucrative pour cause de maladie ou d'accident et qui, sans handicap, continuerait à exercer une activité lucrative (CIIAI, n° 3009). Tel est le cas en l'occurrence.

Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent se baser

sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158).

Dans l'assurance-invalidité, il est possible de fixer les faits médicaux déterminants sur le plan juridique en recourant aux rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, aux expertises de spécialistes extérieurs et aux examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al 2 et 72 bis RAI ; ATFA du 31 juillet 1997 ; Pratique VSI 1997, page 318).

Dans le cas présent, les avis émis par les médecins ayant examiné le recourant divergent.

Ainsi, le Dr D_____, son médecin le considère comme totalement incapable de travailler dès le 1^{er} octobre 1993 (pièce 5, fourre 4 dossier OCAI), alors que les médecins C_____ (pièce 12, fourre 3, dossier OCAI) et G_____ (pièce 11, fourre 4, dossier OCAI) pensent que l'assuré peut reprendre son travail.

A réception d'un certificat médical du Dr H_____ du 20 novembre 1998, qui retenait que l'assuré n'était alors pas capable de travailler, l'OCAI a décidé de demander à un centre d'observation médical, à savoir le SAMED de Bellinzone, de réaliser une expertise globale.

Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative.

Selon ce principe, les organismes d'assurance et les juges apprécient librement les preuves, ce qui signifie, s'agissant de la procédure de recours, que le juge des assurances sociales doit examiner objectivement tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces à sa disposition permettent de porter un jugement sur le droit litigieux. S'il se trouve en présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut pas liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble du matériel probatoire et indiquer les raisons pour

lesquelles il se fonde sur une thèse médicale et non pas sur une autre (ATFA du 31 juillet 1997 ; Pratique VSI 1997, page 319).

D'après 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 161, consid. 1c).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 soit claire et que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 122 V 160 et les références).

Dans le cas d'espèce, le SAMED a procédé sur une semaine à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assuré. Pour ce faire, les experts se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment les certificats médicaux des médecins ayant examiné le patient auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que ce rapport se base sur un dossier bien étayé.

Une anamnèse complète a été réalisée et le patient a été entendu plusieurs fois par les médecins. Les rapports rendus sont circonstanciés sur plus de 20 pages et leurs conclusions sont claires et unanimes. L'état de santé du recourant a fait l'objet d'examens approfondis et l'on ne saurait attendre de nouvelles investigations médicales de nouveaux éléments qui pourraient modifier un tant soit peu les résultats acquis.

Sur la base de ces investigations, le rapport du SAMED fixe la capacité résiduelle de travail du recourant dans n'importe quelle profession à 75%,

précisant que cela est également valable pour les professions précédemment exercées.

S'agissant de la même profession, la baisse de revenu, et en conséquence le taux d'invalidité, équivaut donc à 25%, n'ouvrant pas au recourant le droit à une rente d'invalidité.

Le rapport du SAMED confirme également que des mesures de réadaptation ne sont pas indiquées, puisque le recourant est capable de travailler dans sa profession de maçon.

Ainsi, l'expertise médicale répondant aux exigences posées par la jurisprudence, il convient dès lors de lui accorder pleine force probante - quand bien même elle infirmerait l'avis d'autres médecins - et de ne pas s'écarter de ses conclusions. Le rapport d'expertise du SAMED ne prête donc pas le flanc à la critique, de sorte que ses conclusions seront retenues.

6. Enfin, s'agissant des pièces nouvelles produites en cours de procédure par le mandataire du recourant, elles ont été écartées par le Tribunal, dans la mesure où elles ne décrivent plus l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (plus particulièrement le rapport transmis par Me LOCCIOLA le 17 décembre 2002).

En effet, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 248 consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4). Or, les circonstances invoquées par le recourant sortent de l'objet de la contestation et ne sont pas de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (sur ce point, ATF 99 V 102 et les arrêts cités).

L'audition du Dr H_____ n'est donc pas justifiée, dans la mesure où elle vise précisément à prouver que l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis le mois de mars 2001, alors que la décision litigieuse date du 8 juin 2000.

Il est loisible à l'assuré de déposer, sur ce point, une demande en révision auprès de l'intimé à l'issue de la procédure.

7. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

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

Statuant

A la forme :

1. Constate que le recours est recevable ;

Au fond :

2. Le rejette ;
3. 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 :

Janine BOFFI

La présidente :

Karine STECK

Le Secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

Le présent arrêt est communiqué pour notification aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe