RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1429/2002 **ATAS/734/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

5ème Chambre

du 22 septembre 2004

En la cause

Monsieur F_____, comparant par l'ASSUAS, en l'étude de laquelle il élit domicile. 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 Isabelle DUBOIS et Mme Valérie MONTANI, juges.

L

EN FAIT

1. Monsieur F_____, né le janvier 1958, a travaillé en dernier lieu en tant que maçon.

2. Depuis le 28 mai 1994, il est en arrêt de travail total.

3. Le 28 octobre 1994, l'assuré a présenté une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en vue d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession, suite aux conseils de son assurance perte de gain maladie qui a estimé que la reprise de l'activité professionnelle n'était plus possible en raison des efforts physiques qu'elle impliquait.

4. Dans son rapport du 15 novembre 1994, le Docteur A_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué des lombalgies persistantes d'origine musculo-ligamentaire consécutives à des troubles statiques (scoliose dorsolombaire à convexité droite modérée et raccourcissement de 2 cm du membre inférieur droit) chez une personne bréviligne (148 cm pour 45 kg) et un ulcère duodénal. Les lombalgies étesaient apparu en mars 1994. Selon ce médecin, son patient était certainement capable d'effectuer un travail moins astreignant physiquement que celui de maçon. Il a ajouté, à la fin de son rapport, que l'assuré continuait à se plaindre de lombalgies malgré l'arrêt de travail, de sorte qu'il supposait une surcharge psychogène surajoutée.

5. Du 26 octobre 1996 au 7 février 1997, l'assuré a suivi un stage d'observation professionnelle organisé par le Centre d'observation professionnelle (ci-après : CIP). L'observation en atelier, confirmée par deux stages en entreprise, a mis en évidence une capacité de travail complète dans des activités légères telles que gainerie, polissage ou manutention légère dans le domaine du stock, pour lesquelles une mise au courant en entreprise était suffisante. Selon le rapport de la division de réadaptation professionnelle du 3 juillet 1997, il ne subissait dès lors qu'une perte de gain de 23%.

6. Par décision du 30 septembre 1997, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a refusé l'octroi d'une rente, ainsi que des mesures professionnelles, tout en mettant l'assuré au bénéfice d'une aide au placement. Ce faisant, cet office a certes reconnu que l'assuré n'était plus à même d'exercer son métier de maçon en raison de lombalgies persistantes depuis le 30 mai 1994. Toutefois, se fondant sur le rapport de la division de réadaptation professionnelle, il a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail totale dans une activité légère.

7. Par décision du 29 janvier 1999 de l'Office cantonal de l'emploi, l'assuré a été déclaré inapte au placement dès le premier jour contrôlé, à savoir le 9 décembre 1998, après avoir bénéficié d'un emploi temporaire cantonal en tant qu'agent de sécurité du 9 décembre 1997 au 8 décembre 1998.

8. Le 1er juin 1999, l'assuré a formé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, en faisant valoir une modification de sa situation.

9. Selon le certificat médical du Docteur B_____ du 20 juillet 2000, l'assuré est en incapacité de travailler dès le 29 juillet 1998.

10. Dans le cadre de l'instruction ouverte par l'OCAI, le Docteur B_____, psychiatre, a diagnostiqué, dans son rapport du 7 mars 2001, des troubles dépressifs organiques F06.3, des troubles de la colonne au niveau de la ceinture pelvienne et un statut post-traumatique de l'œil gauche. Il a fait en outre état d'un accident survenu le 14 novembre 1989, au cours duquel l'œil gauche de son patient a été perforé et à la suite duquel ce dernier a dû être opéré en 1991 et 1992. La SUVA lui avait octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle de 17% pour les séquelles de cet accident. S'agissant de la dépression, le tableau clinique était caractérisé par ennui, désarroi, anxiété, idées obsédantes, dysphorie, sentiment de déchéance socioprofessionnelle. Son patient était en incapacité de travail à 100% depuis juillet 1999. Toutefois, dans l'annexe à son rapport médical, le Docteur B_____ a indiqué qu'il était capable d'exercer une activité légère à 100%.

11. Le 7 décembre 2001, l'OCAI a rejeté la nouvelle demande au motif qu'aucun élément nouveau probant pouvant influencer le degré d'invalidité n'était intervenu depuis la décision de refus de cet office du 30 septembre 1997.

12. Par l'intermédiaire de l'Association suisse des assurés (ci-après : ASSUAS), l'intéressé a recouru contre cette décision devant la Commission cantonale de recours AVS/AI (ci-après : Commission de recours). Dans son complément de recours du 26 février 2002, l'ASSUAS a fait valoir que son mandant était incapable à 100% d'exercer une quelconque activité lucrative et s'en remettait à justice dans ses conclusions. A l'appui de ses dires, l'ASSUAS a produit un certificat médical du 6 février 2002 du Docteur B_____, dans lequel celui-ci a attesté que son patient était en traitement médico-psychiatrique continu depuis le 28 mars 1992 et a confirmé qu'il était en incapacité totale de travailler depuis juillet 1999, sans toutefois préciser pour quelles activités. Il a indiqué par ailleurs que l'état de l'assuré s'était aggravé et était en voie de chronicisation, dans la mesure où son patient n'avait pas réussi à trouver une activité légère. Le Docteur B_____ a suggéré enfin la mise en œuvre d'une expertise médicale.

13. Dans sa détermination du 29 avril 2002, l'OCAI a fait valoir en substance que les conditions permettant une révision de sa décision de refus du 30 septembre 1997 n'étaient pas réunies dans la mesure où le recourant n'avait pas réussi à rendre plausible une aggravation notable de son état de santé depuis cette date. Par conséquent, cet office a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

14. Le recourant a renoncé à se déterminer sur la prise de position de l'OCAI précitée.

15. Dans le cadre de l'instruction du recours, le Tribunal de céans, auquel toutes les causes pendantes devant la Commission de recours ont été transmises à la suite de sa création et de son entrée en fonction en date du 1er août 2003, a demandé au Docteur B_____ le 1er septembre 2003 de préciser pour quelles activités son patient était incapable de travailler, s'il présentait le cas échéant une capacité de travail dans une activité légère et à quel pourcentage, pourquoi il avait éventuellement modifié son appréciation de cette capacité indiquée dans l'annexe de son rapport médical du 7 mars 2001, quelles atteintes à la santé, dans une classification reconnue, empêchaient son patient d'exercer une activité lucrative légère, s'il souffrait d'une maladie psychique grave et quelles aggravations de sa santé ce médecin avait constatées depuis septembre 1997.

16. En réponse à ce courrier, ce psychiatre a communiqué au Tribunal de céans le rapport d'observation professionnelle du 22 mai 2003 du CIP, dont l'intervention avait été requise par l'Hospice général (ci-après ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER) qui verse des prestations d'assistance au recourant. Selon les conclusions de ce centre, l'assuré était actuellement inapte au travail à cause de ses faibles rendements (50% sur un mi-temps, soit un rendement de 25 %) que le CIP a expliqué par le traitement antidépresseur, l'humeur abattu et triste, une attitude très peu dynamique, ses lenteurs et un intérêt plutôt modéré pour les activités proposées. Les raisons d'inaptitude liées à ses capacités physiques résidaient dans ses lombalgies persistantes qui contre-indiquaient les travaux lourds, ses insomnies, la fatigue et sa dépression. Le CIP a également constaté des temps de réaction moyens. Quant aux raisons d'inaptitude liées à ses capacités d'adaptation et d'apprentissage, le CIP a indiqué que l'attention de l'assuré était fluctuante, qu'il manquait de continuité et que son niveau de français était faible, de sorte qu'il ne pouvait envisager que des formations pratiques en entreprises avec des consignes simples. S'agissant des raisons d'inaptitude liées à ses capacités d'intégration sociale, il est notamment relevé que l'assuré a démontré un manque d'engagement et a exprimé ne pas trop aimer les activités répétitives de type industriel léger. Son écoute était parfois partielle et il s'était montré en groupe très peu dynamique, abattu et triste. Selon le CIP, cette inaptitude paraissait provisoire. Cependant,

pour être en mesure de répondre plus clairement à cette interrogation, une confrontation à la réalité par l'intermédiaire d'un réentraînement au travail et la prise en compte d'un avis médical (dépression de longue durée) était nécessaire. Le CIP a préconisé ainsi, pour la réinsertion professionnelle, un réentraînement au travail et la poursuite du traitement auprès de son psychiatre. C'était seulement après une période de 12 à 18 mois, qu'une appréciation des possibilités de réinsertion était possible.

A la fin du rapport du CIP précité, il est indiqué que le recourant n'a pas pu suivre le stage de réentraînement au travail organisé dans l'atelier REALISE, dès lors qu'il se sentait trop mal physiquement et psychiquement. Lors de l'entretien de réseau qui s'est tenu le 14 mai 2003 entre le référent du CIP, le Docteur B_____, un assistant social et le recourant, il a été décidé de déposer une nouvelle demande à l'OCAI accompagnée d'un rapport de ce dernier médecin et du nouveau rapport du CIP.

17. Dans sa détermination du 25 novembre 2003, l'OCAI a persisté dans ses conclusions et a fait observer que le Docteur B_____ ne s'était absolument pas prononcé sur la situation médicale, dès lors qu'il s'était contenté de se référer au rapport du CIP. Dans la mesure où ce rapport avait été établi en mai 2003, les faits y relevés étaient postérieurs à la demande de révision et ne devaient par conséquent pas être pris en considération dans le cadre du présent recours. Par ailleurs, ce rapport ne revêtait aucune valeur probante en ce qui concernait l'appréciation de l'état de santé de l'assuré, ce document émanant des maîtres de réadaptation et non pas d'un médecin.

18. Par ordonnance du 3 mars 2004, le Tribunal de céans a mis en œuvre une expertise psychiatrique et commis à cette fin le Docteur C_____, psychiatre.

19. En mars 2004, le recourant a été adressé par le Docteur B_____ au service de neurologie de l'établissement hospitalier, en raison de céphalées quotidiennes depuis 4 mois. Dans leur lettre du 25 mars 2004, les Docteurs D_____ et E_____ de ce service ont communiqué au Docteur B_____ que l'IRM cérébrale effectuée révélait des lésions corticales bifrontales vraisemblablement séquellaires au traumatisme crânien que le patient avait subi il y a 10 ans. En raison d'un risque d'aggravation des céphalées, ces médecins ont proposé une modification du traitement antidouleur, conseils qui ont été suivis.

20. Selon le rapport d'expertise du Docteur C_____ du 13 juillet 2004, le recourant souffre, sur le plan de sa santé psychique, d'un trouble de la personnalité dépendante, d'un état dépressif léger et d'une atteinte psycho-organique post-traumatique sous forme d'un syndrome post-commotionnel. La

dépression était durable et certainement liée à la perte de l'intégrité physique. L'expert a également mis en évidence un niveau intellectuel faible, à la limite du retard mental léger. En outre, il a fait état d'un autre accident survenu, selon les dires de l'expertisé, entre 1993 et 1994, lors duquel celui-ci était tombé d'un échafaudage de 1,5 m de hauteur et avait heurté avec sa tête la dalle de béton. Il aurait alors perdu connaissance qu'il n'aurait reprise qu'une fois installé dans l'ambulance. A l'hôpital, il aurait eu six ou sept sutures à la tête, mais la blessure aurait ensuite guéri sans autre complication. Quant à l'atteinte psycho-organique consécutive à cet accident qui n'a pu être objectivée que récemment sur le plan radiologique et neuro-psychologique, l'expert a indiqué qu'il était difficile de déterminer à partir de quel moment cette atteinte à eu des répercussions significatives sur la capacité de travail de l'expertisé. Au moment de l'expertise, la capacité de travail, en tenant compte des seules atteintes à la santé psychique, a été estimée de l'ordre de 10 à 20%. Elle s'était probablement réduite, sur le plan psychique, dès l'affection oculaire traumatique de l'assuré. Elle devait être de 50% à partir du moment où l'incapacité de travailler dans son métier a été constatée en septembre 1994. L'incapacité de travail dans les autres activité était devenue progressivement plus importante au fil de l'aggravation de l'état dépressif lié aux échecs accumulés, puis à l'atteinte des fonctions mentales en raison de l'atteinte psycho-organique. A cet égard, l'expert a mis en doute, sur le plan médical, que le recourant présentât encore une capacité de travail entière dans une activité adaptée lors du premier stage d'observation professionnelle effectué en 1996 et 1997. L'état psychique décrit par le Dr B_____ en mars 2001 traduisait une capacité de travail entre 20 et 30% seulement dans n'importe laquelle activité, compte tenu des atteintes somatiques, de la limitation intellectuelle, de la problématique de dépendance et de la vulnérabilité narcissique de l'expertisé. La réduction de la capacité de travail était sans rapport avec la bonne volonté de celui-ci. Les problèmes de concentration, d'attention et de mémoire consécutifs à l'atteinte psycho-organique et l'état dépressif étaient incompatibles avec une activité lucrative. Enfin, l'assuré ne cherchait manifestement pas à tirer profit de la maladie.

21. Dans sa détermination du 6 août 2004, le recourant s'est rallié aux conclusions de l'expertise, selon lesquelles il présentait une incapacité de travail presque totale.

22. Le Docteur F_____ de l'établissement hospitalier a estimé, dans son avis médical du 30 août 2004, que l'état de santé était resté inchangé entre la première décision de l'OCAI en 1997 et 2001, voire la période qui a suivi. Quant aux céphalées apparues récemment, elles étaient largement postérieures à la décision attaquée. Pour ce qui concernait la personnalité du recourant et son niveau intellectuel, ce médecin a relevé qu'il avait été capable de travailler auparavant avec les mêmes capacités, respectivement limitations, de sorte qu'il

devait être aujourd'hui en mesure de reprendre le même type de travail, mais plus léger physiquement. S'agissant de la blessure narcissique consistant dans la perte de l'intégrité physique, celle-ci constituait une particularité socio-culturelle non relevante sur le plan juridique.

23. Sur la base de cet avis, l'intimé a persisté dans ses conclusions, prises dans ses écritures du 31 août 2004.

EN DROIT

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

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

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004).

   Egalement saisi de la question de l'inconstitutionnalité du Tribunal cantonal des assurances sociales, il a déclaré que la création de ce tribunal ne pouvait être remise en cause, vu la force dérogatoire du droit fédéral, soit en l'occurrence l'art. 57 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

2. 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 (cf. art. 1 let. r et 56 V LOJ).

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA) est entrée en vigueur le 1er 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.

4. a) Selon l'art. 85 al. 2 let. b ancien de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS), lequel s'applique par renvoi de l'art. 69 LAI, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions. S'il ne satisfait pas à ces exigences, un délai doit être imparti par le juge pour combler les lacunes, en avertissant son auteur que le recours sera écarté en cas d'inobservation.

   Ces exigences formelles posées par le législateur n'ont d'autre but que de permettre à une juridiction administrative de déterminer l'objet du litige qui lui est soumis et de donner l'occasion à la partie intimée de répondre aux griefs formulés à son encontre. Cependant, ce serait faire preuve de formalisme excessif que d'exiger d'une personne agissant sans le concours d'un mandataire spécialisé qu'elle qualifie de manière exacte sa requête en annulation d'une décision, dès lors que de manière suffisante le recourant a manifesté son désaccord avec la décision, ainsi que sa volonté qu'elle ne développe pas d'effets.

   b) En l'occurrence, les lettres d'ASSUAS du 18 janvier et du 26 février 2002 sont à la limite des exigences posées pour la recevabilité d'un recours, d'autant plus que ces missives émanent d'un mandataire qualifié. Cependant, il en résulte clairement que le recourant conteste la décision litigieuse et que son recours est motivé par le fait qu'il s'estime incapable de travailler. Le recours sera par conséquent déclaré recevable à la forme.

5. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou l'absence d'impotence, une nouvelle demande de prestations d'invalidité ne peut être examinée, aux termes de l'art. 87 al. 4 RAI, que si les conditions prévues al.3 de cette disposition sont remplies. Selon celles-ci, l'assuré doit établir de manière plausible que l'invalidité ou l'impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Après la réception d'une nouvelle demande, l'administration est dès lors dans un premier temps tenue d'examiner si les allégués de l'assuré sont plausibles. Dans la négative, elle doit rejeter la demande par une décision de non-entrée en matière. Dans cette hypothèse, il appartient au juge saisi du recours uniquement d'examiner si le refus de l'entrée en matière était justifié (ATF 117 V 198).

Toutefois, si l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, le juge n'a pas à se prononcer sur la question de savoir si l'entrée en matière était justifiée, soit si l'assuré a effectivement rendu plausible que son degré d'invalidité s'est modifié de façon notable (ATF 109 V 108). Il doit être également admis que l'administration est entrée en matière, lorsqu'elle a procédé à de nouveaux actes d'instruction de la demande, en requérant par exemple de nouveaux rapports médicaux, alors même qu'elle a formellement rejeté cette demande par une décision de non-entrée en matière (ATF 109 V 262, 263 s).

b) En l'espèce, l'OCAI est entré en matière sur la nouvelle demande du recourant. En effet, il a ouvert une instruction, en prenant des renseignements médicaux auprès de ses médecins. Par conséquent, le Tribunal de céans n'a pas a juger si l'entrée en matière était justifiée.

6. Cela étant, il convient d'examiner si le degré d'invalidité du recourant s'est modifié au point de lui ouvrir le droit à une rente.

a) Selon la jurisprudence, il convient de procéder d'une façon analogue à celle du cas de révision visée à l'article 41 LAI (ATF 117 V 198, consid. 3a). Aux termes de cette disposition, les rentes doivent être augmentées, réduites ou supprimées, si le degré d'invalidité se modifie de manière à influencer le droit à ces prestations. Afin d'examiner si un tel changement s'est produit, il y a lieu de comparer les faits au moment de la décision de la rente initiale avec les circonstances qui se présentaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 105 V 29).

b) En l'occurrence, l'état de santé du recourant s'est manifestement dégradé depuis la première décision de l'OCAI du 30 septembre 1997. En effet, à cette époque, aucun médecin n'avait encore constaté un trouble dépressif, même s'il est vrai que le Docteur A_____ avait déjà soupçonné une surcharge psychogène surajoutée. Néanmoins, l'observation professionnelle effectuée en 1996/1997 a démontré que le recourant était capable de travailler dans une activité légère à 100% avec un rendement normal. Or, tel ne semble plus avoir été le cas dès décembre 1998, date dès laquelle il a été déclaré inapte au placement par l'Office cantonal de l'emploi. Son médecin traitant a par ailleurs attesté une incapacité totale de travail le 20 juillet 2000 dès le 29 juillet 1998 et le 7 mars 2001 dès juillet 1999. Cette incapacité de travailler a été également confirmée par la nouvelle observation professionnelle à laquelle a procédé le CIP en 2003. Enfin, selon l'expert judiciaire mandaté dans la présente procédure, le recourant présente une incapacité de travailler, uniquement en tenant compte des atteintes psychiques, de 50% dès septembre 1994 déjà. En cela, l'expert s'est écarté des constatations du CIP en 1996 et 1997. Cette

incapacité de travail s'est ensuite progressivement aggravée pour atteindre 70 à 80%, selon l'expert.

7. Cela étant, il convient de déterminer, d'une part, si l'incapacité de travail du recourant trouve sa cause dans des atteintes à la santé susceptibles de provoquer une invalidité au sens de la loi et, d'autre part, quel est le degré d'invalidité.

8. a) Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 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, elle est d'une demie pour une invalidité de 50 % au moins et d'un quart pour une invalidité de 40 % au moins, en vertu du deuxième alinéa.

b) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge pas l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

c) Selon la jurisprudence, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est

essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

9. 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 le cadre 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 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 15).

   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 soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p.154). En outre, 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).

   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.

10. a) En l'espèce, le rapport du Docteur C_____ remplit tous les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

b) Selon cet expert, le recourant est affecté sur le plan psychique, outre d'un trouble de la personnalité dépendante, d'une dépression majeure légère et d'une atteinte psycho-organique post-traumatique sous forme d'un syndrome post-commotionnel. La dépression diagnostiquée constitue une atteinte à sa santé psychique équivalente à une maladie au sens de la loi, selon la jurisprudence précitée. Certes, à côté de cette dépression, l'expert a également fait état d'une blessure narcissique due à la perte de l'intégrité à la suite de la lésion de l'œil et l'incapacité d'exercer des travaux de force, blessure qui peut être qualifiée de facteur psychosocial juridiquement non pertinent. Il n'en demeure pas moins qu'un état dépressif durable est constaté et que cette atteinte doit être considérée comme un élément pertinent au plan psychiatrique.

Dans la mesure où cette dépression est qualifiée de légère, il peut toutefois être douteux qu'elle soit à elle seule propre à diminuer, voire d'anéantir la capacité d'exercer une activité lucrative.

c) Cependant, selon les constatations de l'expert, l'incapacité de travail trouve en l'occurrence sa cause également dans une atteinte psycho-organique. L'intimé fait à cet égard valoir qu'il s'agit d'un fait survenu après la notification de la décision litigieuse, de sorte qu'il ne saurait être pris en considération.

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

bb) En l'espèce, il convient de constater en premier lieu que les lésions corticales bifrontales sont selon toute vraisemblance une séquelle de l'accident survenu en 1993 ou 1994. En effet, rien n'indique qu'elles ont été provoquées par un autre événement traumatique plus récent. Ce n'est par ailleurs pas parce qu'elles n'ont été décelées et n'ont provoqué que récemment des céphalées qu'elles n'ont pas existé précédemment et qu'elles n'ont pas eu des répercussions sur la capacité de travail. Il convient dès lors d'admettre que ces lésions sont à prendre en considération dans la présente procédure.

cc) Par contre, il est nécessaire de déterminer à partir de quel moment elles ont influencé de façon significative la capacité de travail du recourant, dans la mesure où l'accident survenu il y a 10 ans ne semble pas avoir laissé de séquelles dans un premier temps. Selon l'expert, il est difficile d'en évaluer le

début. De l'avis du Tribunal de céans, il est toutefois vraisemblable que les conséquences de ces lésions sur le fonctionnement psychique du recourant ne datent pas d'aujourd'hui, mais qu'elles sont, avec les autres facteurs psychiques évoqués, l'explication de la lente dégradation de l'état de santé du recourant et de la diminution de sa capacité de travail.

d) Compte tenu des atteintes physiques et psychiques constatées, ainsi que le trouble de la personnalité et les capacités intellectuelles limitées du recourant, le Tribunal de céans estime que la conclusion de l'expert, selon laquelle l'exercice d'une activité lucrative n'est pas exigible à plus de 20 ou 30%, est tout à faut convaincante. En effet, il appert que le recourant ne dispose pas de ressources suffisantes pour surmonter ses handicaps, auxquels un caractère invalidant au sens de la loi peut être reconnu, et qu'il ne serait ainsi pas en mesure de mettre à profit sa capacité de travail, compte tenu de ses aptitudes restreintes. Certes, il a été capable de travailler auparavant au dépit de son faible quotient d'intelligence et du trouble de la personnalité. Toutefois, aujourd'hui s'y sont ajoutés un état dépressif et une atteinte psycho-organique, en plus des douleurs physiques constantes, de sorte que la situation a fondamentalement changé. Le Tribunal de céans admettra dès lors une incapacité de travail de 70%.

11. a) Aux termes de l'art. 4 al. 2 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.

    b) Dans la mesure où le salaire du recourant avant son arrêt de travail était à peu près identique aux salaires statistiques qui sont à prendre en considération à titre de salaire avec invalidité dans la comparaison de salaire (cf. ATF 126 V 76 s consid. 3b/aa et bb; VSI 2002 p. 68 consid. 3b), le degré de l'incapacité de travail correspond en l'occurrence à la perte de gain et ainsi au degré d'invalidité. Le Tribunal de céans admettra ainsi une invalidité de 70%. Ce taux ouvre le droit à une rente entière.

12. Selon l'art. 88bis al. 1 let. a RAI, si la révision est demandée par l'assuré, l'augmentation de la rente prend effet au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée. Il convient dès lors d'examiner depuis quelle date l'incapacité de travail doit être admise.

    Selon l'expert, le tableau clinique décrit dans le rapport du Docteur B_____ en mars 2001 implique une diminution de la capacité de travail à 20 ou 30%. Dans ce rapport, ce médecin a estimé que son patient était en incapacité totale de travailler dès juillet 1999. Il y a lieu dès lors de se tenir à

cette date, ceci d'autant plus que le recourant avait déjà précédemment été déclaré totalement inapte au placement par l'Office cantonal de l'emploi.

Le recourant aura par conséquent droit à une rente dès le 1er juillet 1999, étant rappelé qu'il a déposé la demande de révision en juin 1999.

13. Cela étant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et une rente entière accordée au recourant dès le 1er juillet 1999.

14. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 500 fr. lui sera accordée à titre de dépens.

* * *

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

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

A la forme :

Déclare recevable le recours interjeté par Monsieur F_____ contre la décision du 7 décembre 2001 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité;

Au fond :

1. L'admet ;

2. Annule la décision dont est recours ;

3. Octroie au recourant une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 1999 ;

4. Condamne l'intimé au paiement au recourant d'une indemnité de 500 fr. à titre de dépens ;

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 :	La Présidente :
Yaël BENZ	Maya CRAMER

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