

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1458/2001

ATAS/206/2003

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 12 NOVEMBRE 2003

4ème Chambre

En la cause

Monsieur R _____

Représenté par Me Daniel MEYER

Rue Ferdinand-Hodler 7

1207 GENEVE

RECOURANT

contre

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

Case postale 725

1211 GENEVE 13

INTIME

Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente

Monsieur Roger LOZERON et Mme Florence BRUTSCH, juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur R_____, d'origine portugaise, souffre depuis de nombreuses années de diverses atteintes à la santé. Il a travaillé dès mars 1985 chez X_____ en tant que maçon-coffreur. Le 13 mai 1997, l'assuré a été mis en incapacité de travail à 100 %. Il effectuait 42 heures 30 par jour, 5 jours par semaine, son salaire horaire s'élevant à CHF 24,88.
2. Le 14 mai 1997, il a été hospitalisé aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG) pour une hépatite alcoolique aiguë. Les doctresses A_____, cheffe de clinique, et B_____, médecin assistante, ont diagnostiqué une hépatite alcoolique (diagnostic principal), ainsi qu'une cirrhose alcoolique avec hypertension portale, des varices oesophagiennes de stade II, des troubles de la crase et une polyneuropathie des membres inférieurs (diagnostics comorbides). Il a été sevré au 12 juin 1997 et un suivi de deux ans par la consultation d'alcoologie a été mis en place.
3. Le 19 décembre 1997, Monsieur R_____ a déposé une demande de prestations AI en alléguant que son état de santé ne lui permettait plus de faire d'efforts physiques, raison pour laquelle il désirait suivre une formation lui permettant de trouver un emploi compatible avec ses affections.
4. Le 19 mars 1998, le docteur C_____, médecin traitant, a établi un rapport à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) dans lequel il posait les mêmes diagnostics que ceux précédemment posés par ses consœurs. Il mentionnait encore une gastrite chronique et un asthme déclenché par

la prise de bêtabloquants. Des mesures professionnelles étaient indiquées, l'assuré n'étant plus en mesure d'effectuer un travail trop lourd. Il a joint plusieurs rapports médicaux, émanant du docteur D_____, gastro-entérologue et hépatologue, et des HUG.

5. Le 5 mai 1999, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'observation professionnelle dans le domaine de l'horlogerie, sous la forme d'un stage de trois mois, soit du 1^{er} septembre 1999 au 30 novembre 1999, chez Y_____SA. La division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a relevé que Monsieur R_____ se montrait exemplaire dans son programme d'après sevrage alcoolique, qu'il était sobre depuis deux ans, et que son état général s'était amélioré. L'assuré se montrait collaborant et ouvert à une formation.
6. Dans un rapport intermédiaire reçu par l'OCAI le 20 juillet 2000, le docteur C_____, tout en exposant n'avoir plus revu son patient depuis le 13 janvier 2000, relevait qu'à son avis, un travail d'opérateur sur machine en horlogerie (travail assis) était exigible à 100 %.
7. Dans un rapport du 25 juillet 2000, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a proposé de fixer le taux d'invalidité de Monsieur R_____ à 45 %, en se basant sur les résultats du stage effectué chez Y_____ SA. L'assuré avait été apprécié pour la qualité de son travail et avait très peu été absent. En revanche, il n'avait pas fait preuve d'une très grande dextérité et ses gestes avaient été lents, raison pour laquelle son rendement avait été évalué à 60 % sur un plein temps. A la fin du stage en novembre 1999, après une brève période de chômage, l'assuré avait été engagé chez Y_____ le 2 février 2000, mais n'avait effectué que cinq heures de travail, en expliquant que sa maladie lui créait des périodes difficiles durant lesquelles il n'était pas en mesure de travailler. Il n'avait cependant fourni aucun certificat médical à son employeur.
8. Selon un certificat médical établi par la Permanence de Cornavin SA, l'assuré a été en incapacité de travail à 100 % dès le 2 février 2000, puis à 50 % dès le 3 juillet 2000. Il était toujours inscrit à l'Office cantonal de l'emploi pour un gain

assuré de CHF 4'934.- et a perçu des PCMM de 100 % dès le 3 mars 2000 et de 50 % dès le 3 juillet 2000.

9. Le 8 août 2000, l'OCAI lui a notifié un projet d'acceptation de rente. Son taux d'invalidité avait été fixé à 45 %, ce qui lui ouvrait le droit à un quart de rente, éventuellement à une demi-rente si les conditions du cas pénible étaient remplies.
10. Lors de son audition à l'OCAI le 12 octobre 2000, l'assuré a expliqué qu'il avait interrompu le travail chez Y_____ pour se rendre à la Permanence de Cornavin et qu'il avait été soigné par le docteur D_____, qui le suivait toujours. Dès juin, il avait également consulté un psychiatre, le docteur E_____.
11. Le 2 novembre 2000, le docteur D_____ a renvoyé un rapport à l'OCAI indiquant que l'assuré souffrait de lombosciatalgies, de céphalées, de vertiges, de varices, d'hépatopathie et de polyneuropathie. Il a confirmé l'incapacité de travail de l'assuré à 100 % dès le 2 février 2002, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail dans une activité raisonnablement exigible.
12. Le 16 novembre 2000, le docteur E_____ a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI duquel il ressortait que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif léger (selon DSM- IV). Le médecin a estimé que le patient ne présentait pas de trouble de la personnalité. Des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient de façon prépondérante l'affection actuelle et les troubles psychiques étaient réactionnels à des événements de vie influençant grandement l'affection. L'aspect psychologique du patient pouvait provoquer une incapacité de travail temporaire. L'assuré subissait une incapacité de travail de 50 % de façon indéterminée.
13. Dans une note interne du 16 mars 2001, le médecin AI a estimé que, malgré l'appréciation du médecin, l'assuré avait démontré que son rendement pouvait atteindre 60 % en situation réelle et que c'était donc ce taux minimum qui devait être pris en considération. Il a relevé que le docteur C_____ avait estimé la capacité de travail de l'assuré à 100 %.

14. Par décision du 20 juillet 2001, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'un quart de rente dès le 1^{er} décembre 1999, retenant un degré d'invalidité de 45 %.
15. Le 7 septembre 2001, l'assuré a interjeté recours en arguant que son taux d'invalidité était supérieur à 45 %. Il souhaitait transmettre l'avis de ses médecins traitants.
16. Le 12 novembre 2001, il a confirmé son recours par l'intermédiaire de son conseil nouvellement constitué, Me Daniel MEYER, tout en sollicitant un délai supplémentaire afin de le compléter.
17. Dans son préavis du 7 janvier 2002, l'OCAI a proposé le rejet du recours en renvoyant aux pièces du dossier.
18. Le 21 janvier 2002, l'assuré a complété son recours par l'intermédiaire de son conseil et a produit plusieurs pièces, dont un courrier du docteur D_____ de la Permanence de Cornavin du 10 octobre 2001 estimant que la capacité de travail de l'assuré se résumait à « donner des coups de mains par-ci, par-là » dans la mesure où il présentait de nombreuses pathologies qui, prises séparément, ne provoquaient certes pas de mise à l'assurance-invalidité, mais, prises dans leur ensemble, faisaient que le patient n'était plus rentable. Il a également joint un certificat médical de la doctoresse F_____ du 26 novembre 2001 attestant des diverses affections dont souffrait l'assuré et mentionnant que celui-ci suivait un traitement psychiatrique auprès du docteur G_____ ainsi qu'une confirmation de son incapacité de travail à 100 % dès le 29 octobre 2001. L'assuré soutenait que son état s'était considérablement aggravé et que, vu les circonstances, il se justifiait de lui accorder une rente entière dès le 1^{er} janvier 2001.
19. Dans ses observations du 14 novembre 2002, l'OCAI a relevé que les diagnostics posés par la doctoresse F_____ étaient déjà connus et que l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré avait été faite sur la base du rapport du stage de trois mois effectué chez Y_____. Les médecins F_____ et G_____ ne pouvaient remettre en doute cette capacité dans la mesure où

leur certificats médicaux ne répondaient pas aux exigences posées par la jurisprudence et ne possédaient donc pas une pleine valeur probante.

20. Le 22 mai 2003, le recourant a précisé que sa dépression nerveuse s'était déclarée dans le courant de l'année 2000.
21. Le 26 juin 2003, il a encore transmis deux certificats médicaux des docteurs G_____ et F_____. Le premier certificat émanant du docteur G_____ et daté du 3 juin 2003 indiquait qu'il suivait le recourant depuis le 13 novembre 2001, que ce dernier souffrait d'un épisode dépressif moyen entraînant une incapacité de travail pour raisons psychiques de 50 %. Le second certificat, émanant du docteur F_____ précisait qu'il suivait le patient depuis le 31 octobre 2001 et que les maladies remontaient à 1997.
22. Appelé à se déterminer, l'OCAI a maintenu sa position en date du 7 juillet 2003.

EN DROIT

Préalablement :

1. 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 .

A la forme :

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ ; E 2 05) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. article 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.
2. Selon l'article 22a lit. b de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA ; RS 172.021), les délais fixés en jours par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement. Interjeté le 7 septembre 2001 contre une décision du 20 juillet 2001, le recours est par

conséquent recevable, conformément aux 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 (LAVS ; RS 831.10) alors applicables.

Au fond :

1. Le Tribunal de céans est amené à se déterminer sur la degré d'invalidité du recourant.
- 1.1 L'article 4 alinéa 1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé 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.

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299).

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 malade - donc pas comme des affections à prendre en charge par 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 2000 p. 153 consid. 2a et les références ; ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001). Les causes de l'atteinte à la santé psychique ne jouent pas de rôle quand il s'agit de décider si celle-ci revêt ou non un caractère invalidant (PRA 1997 n° 49 p. 256 consid. 4b in fine). Ce qui est décisif, c'est de savoir si une atteinte à la santé psychique, indépendamment de son origine, entraîne une incapacité de travail et de gain (ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001).

A teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATFA non publié du 25 juillet 2003 en la cause I 731/02 ; VSI 1996 p. 317, 320 et 323 ; RCC 1992 p. 182 consid. 2b. et les références).

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).

Si le rapport médical ne donne pas un tableau suffisamment clair de l'atteinte à la santé et de ses effets sur la capacité de travail pour décider de manière fiable du droit aux prestations, l'office AI ordonne un examen médical supplémentaire. Cet examen peut normalement être effectué par un médecin-spécialiste ou dans une division d'hôpital. Lorsqu'un examen pluridisciplinaire est nécessaire, l'office AI

mandate un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI). Un examen plus complet peut raisonnablement être exigé d'un assuré et n'est pas disproportionné lorsque le dossier n'est pas suffisamment documenté sur l'état de santé, la capacité de travail et les possibilités de réadaptation de la personne assurée (RCC 1980, p. 346).

- 1.2 En l'espèce, deux situations bien distinctes sont à mettre en évidence dans le parcours du recourant : celle avant le 2 février 2000 et celle après le 2 février 2000.

Jusqu'à cette date, le docteur C_____, son médecin traitant, a expliqué dans son rapport que l'assuré n'était plus en mesure d'effectuer un travail lourd. Vu l'attitude du recourant, collaborant et ouvert, qui désirait suivre une formation lui permettant de trouver un emploi compatible avec ses affections, l'intimé a estimé qu'un stage de trois mois dans le domaine de l'horlogerie serait utile non seulement afin de pouvoir observer la capacité de travail résiduelle réelle du recourant, mais également afin de lui donner la formation réclamée. Ainsi que le rapport de stage l'a mis en évidence, le recourant a été apprécié pour la qualité de son travail et a été très peu absent. Nonobstant ce fait, son rendement a été évalué à 60 % sur un plein temps en raison de ses gestes lents et de son manque de dextérité. C'est principalement sur ces bases que l'office intimé a fixé le taux d'invalidité du recourant, en procédant à une comparaison des gains tout en tenant compte d'une capacité résiduelle de travail de 60 %.

Dès le 2 février 2000, il apparaît que l'état de santé du recourant s'est aggravé. En effet, s'il s'est présenté au travail proposé par Y_____SA, il n'a effectué que cinq heures de travail. Il s'est ensuite rendu à la Permanence de Cornavin SA où le médecin consultant, le docteur D_____, a attesté de son incapacité de travail à 100 % dès cette date, puis à 50 % dès le 3 juillet 2000. Le docteur C_____ a par la suite certes estimé la capacité de travail résiduelle de l'assuré à 100 % dans un rapport du 20 juillet 2000, mais il a cependant souligné n'avoir plus revu son patient depuis le 13 janvier 2000, si bien qu'il n'a pas été témoin de l'aggravation de son état de santé. Le docteur D_____ a quant lui

confirmé l'incapacité de travail totale du recourant, bien que son rapport du 2 novembre 2000 soit partiellement incomplet dans la mesure où il ne s'est pas prononcé sur les capacités professionnelles du recourant dans une activité raisonnablement exigible. Invité à se prononcer par l'office intimé sur la capacité de travail de l'assuré, le docteur E_____, médecin psychiatre, a diagnostiqué le 16 novembre 2000 un épisode dépressif léger en relevant que son patient présentait une incapacité de travail de 50 % de façon indéterminée. Au vu de ces divers éléments, l'intimé s'est basé sur son projet de décision pour rendre la décision litigieuse en date du 7 septembre 2001, tout en tenant compte des rapports médicaux postérieurs, notamment celui du docteur E_____. Il s'est encore référé au stage de trois mois accompli par le recourant chez Y_____ SA.

Le recourant a produit devant le Tribunal de céans plusieurs certificats médicaux. La doctoresse F_____ a décrit les diverses affections dont souffre le recourant, et relevé qu'il était en incapacité de travail à 100 % dès le 29 octobre 2001. En ce qui concerne le docteur G_____, il a confirmé suivre le recourant depuis le 13 novembre 2001 pour un épisode dépressif moyen entraînant une incapacité de travail de 50 %. Dans la mesure où ces constatations portent sur des faits survenus postérieurement à la décision litigieuse, elles n'ont pas à être prises en compte, seul étant déterminant en l'occurrence l'état de fait existant au moment où celle-ci a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

Seul apparaît pertinent en l'espèce le courrier du docteur D_____ du 10 octobre 2001 estimant que la capacité de travail de l'assuré se résume « à donner des coups de mains par-ci, par-là » et faisant état de nombreuses pathologies. En effet, le docteur D_____ se rapporte à un état de fait antérieur à la décision litigieuse puisqu'il a suivi le recourant dès le 2 février 2000. Il sied de souligner cependant que l'on ne saurait accorder une pleine valeur probante ni à son rapport à l'Office intimé du 2 novembre 2000, ni à son courrier postérieur, ceux-ci ne répondant pas aux critères rappelés par la jurisprudence. A titre exemplatif, aucun de ces documents ne fait état d'une anamnèse circonstanciée du patient. En outre,

aucun des rapports médicaux figurant au dossier ne répond aux exigences de la jurisprudence, hormis ceux des docteurs C_____ et E_____, puisqu'ils ne reposent pas sur une pleine connaissance du dossier, mais apparaissent plutôt comme des appréciations médicales sectorielles, lesquelles ne comportent par ailleurs que de très brèves motivations quant à leurs conclusions, voire pas du tout. Il suffit de se référer aux certificats médicaux établis par le docteur G_____ ou par la doctoresse F_____ pour s'en convaincre. Le premier se contente de certifier suivre à sa consultation le recourant depuis le 13 novembre 2001 en indiquant qu'il souffre d'un épisode dépressif moyen, ce qui le rend incapable de travailler à 50 %, et la seconde, après avoir dressé une liste des affections dont souffrent le recourant, se borne à déclarer que le patient est en incapacité de travail à 100 % du 29 octobre 2001 pour une période indéterminée.

En estimant que la capacité résiduelle de travail du recourant était de 60 % et en accordant ainsi une importance prépondérante aux observations résultant du stage effectué par le recourant, l'OCAI n'a pas pris en compte la faible durée dudit stage et n'a pas apprécié de manière globale l'invalidité du recourant. Au vu des nombreuses pathologies présentées par le recourant et de l'interruption de travail chez Y_____ le 2 février 2000, attestées au demeurant pas des certificats médicaux, il eût été souhaitable que l'Office intimé mandate un centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité, une analyse pluridisciplinaire apparaissant en l'espèce déterminante pour examiner le cas du recourant. A tout le moins une expertise apparaissait-elle indispensable.

Cela étant, vu les conclusions du docteur D_____ du 10 octobre 2001, ainsi que l'ensemble des renseignements médicaux figurant au dossier, il apparaît que l'état de santé du recourant s'est aggravé dès le 2 février 2000, soit antérieurement à la décision litigieuse, raison pour laquelle la cause doit être renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction sous la forme d'un COMAI et nouvelle décision.

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

Statuant :

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

1. L'admet sans préjudice pour l'une ou l'autre des parties;
2. Renvoie la cause à l'OCAI pour complément d'instruction sous la forme d'un COMAI et nouvelle décision;
3. Alloue au recourant la somme de CHF 1'000.- à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire ;
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement 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).

Le greffier :

Walid BEN AMER

La Présidente :

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

Le présent jugement est communiqué pour notification aux parties par le greffe