

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1504/2002

ATAS/239/2003

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du mardi 25 novembre 2003

2ème Chambre

En la cause

Madame B_____, représentée par la Compagnie d'Assurance
de Protection juridique SA, rue Monnier 4 à Genève

Recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Saint-Jean 97 à
Genève,

Intimé

Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS, Présidente, Mme Nicole BASSAN-BOURQUIN et
Monsieur Bertrand REICH, Juges assesseurs.

EN FAIT

1. Monsieur B_____ souffre depuis 1992 de claudication intermittente due principalement à une insuffisance artérielle bilatérale des membres inférieurs de stade IIb. Il a travaillé en tant que concierge au service de la X_____ SA jusqu'au 2 mars 1998, date à laquelle il a été en incapacité de travail à 100 %. Son dernier salaire annuel s'élevait à CHF 53'280.
2. Le 18 mai 1998, il a subi une angioplastie transluminale de l'artère iliaque commune et externe droite ainsi que de l'artère iliaque commune gauche avec pose de stent des deux côtés. Cette intervention a été pratiquée par la division d'angiologie et d'hémostase des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG). Malgré l'opération, les médecins ont constaté une récurrence de la claudication avec persistance de douleurs dans la hanche gauche.
3. Le 1^{er} février 1999, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente. Il a indiqué être suivi par le docteur L_____ de la Permanence de Y_____.
4. Le 11 février 1999, ce dernier a rédigé un rapport à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) dans lequel il a diagnostiqué un statu après angioplastie de l'artère iliaque commune et externe droite et de l'artère iliaque commune gauche avec pose de stent, un statu après ré intervention le 20 octobre 1998 et un état dépressif latent depuis septembre 1998. L'état de santé de son patient était stationnaire bien qu'il ne puisse plus exercer sa précédente activité de concierge d'immeuble. L'assuré ressentait des douleurs constantes sous forme de brûlures en surface de la hanche gauche, douleurs qui survenaient également à la marche après 100-200 mètres. Le port de toute charge déclenchait immédiatement ces douleurs.
5. Dans un rapport intermédiaire du 2 juillet 1999, le docteur L_____ a précisé que l'état de santé de son patient s'était aggravé, une maladie sévère des trois vaisseaux coronaires nécessitant un triple pontage s'étant déclarée le 15 juin 1999.

-
6. Le 17 janvier 2000, le docteur M_____ a confirmé avoir diagnostiqué une maladie coronarienne des deux vaisseaux avec fonction ventriculaire diminuée ayant nécessité un double pontage coronarien en date du 11 octobre 1999.

 7. Le 3 décembre 2000, le docteur N_____, cardiologue, a rédigé un rapport dans lequel il a diagnostiqué une maladie polyvasculaire, un syndrome pulmonaire obstructif sur tabagisme intense, une asthénie et cachexie ainsi qu'une coxalgie gauche d'étiologie indéterminée. L'état polyvasculaire du patient était grave ainsi que le pronostic. Le test d'effort prévu en juin avait été repoussé suite à l'essoufflement présenté, à une surinfection pulmonaire ainsi qu'à l'hypotension artérielle. En ce qui concernait la capacité de travail résiduelle, elle n'était pas exigible, ni dans la précédente profession, ni dans une autre profession. L'absentéisme prévisible dû à l'état de santé se révélait importante. L'assuré pouvait demeurer assis pendant quatre heures par jour, se baisser et effectuer des mouvements des membres ou du dos occasionnels, mais n'était pas en mesure de rester debout ou en position accroupie, ni d'effectuer de parcours à pied, ni d'utiliser ses bras ou de lever des charges.

 8. Le 23 septembre 2001, sur mandat d'expertise de l'OCAI, le docteur O_____, spécialiste en médecin interne, a rédigé un rapport en diagnostiquant les mêmes affections que les docteurs N_____ et L_____, en mentionnant également un ethylo-tabagisme important. Il a rappelé que les deux opérations avaient été couronnées de succès, mais que le suivi sur le plan cardiaque était insuffisant, l'assuré n'ayant subi aucun test d'effort. Il a estimé en outre qu'une évaluation de la fonction pulmonaire par un pneumologue était nécessaire afin de déterminer la présence ou non d'un syndrome obstructif. En conclusion, au vu du bon résultat des différentes interventions pratiquées et en l'absence d'arguments anamnestiques et objectifs à l'examen clinique contre-indiquant une activité professionnelle, il estimait que l'assuré était apte à exercer son métier de concierge avec un rendement de 50 %. Un travail physique était contre-indiqué.

 9. Le 2 février 2002, l'assuré a consulté le docteur P_____ pour une nouvelle expertise. Celui-ci a également rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI et,
-

après avoir examiné le patient, a conclu à une capacité de travail de 50 %. Il a cependant précisé que son état de santé risquait d'évoluer de manière défavorable en raison de l'importance des lésions et de la persistance des habitudes (p. ex, le tabagisme) pouvant nuire à la santé.

10. Par décision du 25 juin 2002, l'OCAI a octroyé à l'assuré une demi-rente simple d'invalidité ainsi qu'une demi-rente complémentaire pour conjoint dès le 1^{er} mars 1999, décision basée sur un degré d'invalidité de 50 %.
11. Le 26 août 2002, l'épouse de l'intéressé, par l'intermédiaire de la Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA (ci-après CAP), a interjeté recours contre cette décision. Son époux s'étant suicidé en date du 17 août 2002, elle possédait la légitimation active pour recourir. En substance, elle a fait valoir à l'appui de son recours que l'expertise réalisée par le docteur O_____ ne répondait pas aux critères posés par la jurisprudence dans la mesure où les plaintes de l'assuré n'avaient pas été retenues, l'examen clinique effectué avait été sommaire et l'état dépressif n'avait même pas été diagnostiqué. En outre, l'OCAI ne s'était pas du tout prononcé sur les avis médicaux émis par les docteurs L_____ et P_____. La recourante a également joint deux nouveaux rapports, l'un établi par le docteur L_____ en date du 8 août 2002 et l'autre par la doctoresse Q_____, neurologue, du 20 juillet 2002 diagnostiquant de nouvelles pathologies. Le premier relevait qu'il était difficile à son avis de juger de la capacité professionnelle de l'assuré lors d'une seule et unique consultation, que les plaintes n'avaient pas été exprimées devant l'expert parce que l'assuré était un homme timide et que la non-reconnaissance de son invalidité avait induit chez ce dernier un état de dépression réactionnelle latente. La seconde expliquait que l'assuré présentait une atteinte pluriradiculaire et que le bilan devait être complété par des radiographies de la colonne cervicale et une IRM cervicale à la recherche de signes de compression radiculaire pouvant expliquer le tableau clinique.
12. Dans son préavis du 13 décembre 2002, l'OCAI a proposé le rejet du recourant en arguant du fait que l'expertise du docteur O_____ répondait tout à fait

aux exigences posées par la jurisprudence et qu'il n'y avait par conséquent pas lieu de s'en écarter.

13. Amenée à se déterminer, la recourante a indiqué persister dans les termes de son recours.
14. Pour le surplus, les faits et allégés pertinents des parties seront repris en tant que besoin dans la partie « en droit » ci-après.

EN DROIT

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 .

2. 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.

3. La qualité pour recourir de l'épouse de l'assuré découle de l'art. 84 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10), applicable par renvoi de l'art. 69 de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), qui prévoit que les intéressés peuvent, dans les trente jours dès la notification, interjeter recours contre les décisions des caisses de compensation

prise en vertu de la LAVS. Le même droit appartient aux parents en ligne ascendante et descendante ainsi qu'aux frères et sœurs de celui qui prétend avoir droit à la rente. Ce droit appartient également au conjoint (RCC 1973 p. 471).

4. Interjeté en temps utile dans les formes et délai légaux, le recours est recevable (art. 69 LAI et 84 LAVS).
5. Le Tribunal de céans doit déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assuré, et par conséquent son degré d'invalidité

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).

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).

Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont une valeur probante inférieure à celle des spécialistes (RCC 1988, p. 504).

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).

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 l'espèce, le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions du docteur O_____ dont l'expertise répond aux exigences permettant de lui reconnaître pleine force probante au sens de la jurisprudence précitée. A cet égard, quoi qu'en dise la recourante, les appréciations du médecin traitant, le docteur L_____, ne sauraient faire échec aux conclusions de l'expert dès lors qu'il mentionne que son patient ne peut plus du tout travailler, sans toutefois se prononcer de manière précise sur son incapacité de travail. Quant à l'appréciation du docteur N_____, si celui-ci demeure précis dans sa description de l'incapacité de travail de l'assuré, il y a lieu de retenir que ce sont précisément les évidentes contradictions de son rapport avec celle du médecin traitant qui ont conduit à confier une expertise au docteur O_____, raison pour laquelle il apparaît logique d'accorder plus de crédit à la dite expertise. En dernier lieu, on soulignera que le praticien consulté par l'assuré lui-même, soit le docteur P_____, a confirmé la capacité résiduelle de travail de 50 % de l'assuré tout en précisant que son état de santé était susceptible d'aggravation rapide. C'est ainsi à bon droit que l'OCAI a retenu une capacité résiduelle de travail de 50 % et a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité ainsi qu'une demi-rente complémentaire pour conjoint.

Quant aux certificats médicaux produit par la recourante, force est de constater qu'ils ne sauraient être pris en compte dans le cadre du présent recours dès lors que le litige doit être tranché eu égard aux faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale, soit en l'espèce, le 25 juin 2002 (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence ; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid.1b).

A relever qu'en cas d'aggravation, une nouvelle demande aurait pu être déposée auprès de l'OCAI.

Pour tous ces motifs, le recours doit être rejeté et la décision de l'Office intimé confirmée.

* * *

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. Le rejette ;
3. Confirme la décision de l'OCAI du 25 août 2002 ;
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 :

Pierre RIES

La Présidente :

Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

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