

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1527/2003

ATAS/680/2004

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

1^{ère} chambre

du 31 août 2004

En la cause

Monsieur C _____,
mais com,parant par Me Pascal A _____, avocat,
en l'Etude duquel il élit domicile.

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE,
domicilié rue de Lyon 97 à Genève

intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Karine STECK et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur C _____, est né en 1948 en Espagne et arrivé en Suisse en 1964.
2. Après l'obtention d'un certificat fédéral de capacité de photographe en 1967, il a exercé plusieurs emplois dans la publicité et la vente. Le 1^{er} mai 1986, il a été engagé par la société de vente de peintures X _____ SA en tant que représentant. Son travail consistait notamment à décharger des camions, faire des livraisons et gérer les stocks.
3. En date du 25 juin 2001, X _____ SA a signifié à l'assuré son licenciement pour le 30 septembre 2001.
4. Dès le 13 août 2001, le patient n'est pas retourné à son travail en raison de douleurs à la nuque et dans la région lombaire.
5. Dans un certificat médical du 20 septembre 2001 à l'attention de LA MOBILIERE, assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie de X _____ SA, le Dr A _____, médecin traitant de l'assuré, a indiqué qu'il était venu en consultation chez lui à partir du 20 août 2001. Les diagnostics suivants étaient posés : cervicarthrose étagée et troubles statiques, lomboarthrose, discopathie L3-L4 et troubles statiques, état dépressif anxieux. Les cervicalgies étaient présentes depuis plusieurs mois, les lombalgies depuis plusieurs années, alors que l'état dépressif était apparu quelques semaines auparavant. Le patient était en incapacité totale de travailler depuis le 13 août 2001.
6. A la demande de LA MOBILIERE, le Dr B _____, spécialiste en orthopédie et chirurgie, a réalisé une expertise sur la personne de l'assuré. Dans son rapport du 17 mai 2002, l'expert a constaté que le patient se plaignait principalement de douleurs localisées à la nuque et qu'il n'en éprouvait presque pas dans la région lombaire. A la suite de ses examens, l'expert a diagnostiqué une importante spondylose et spondylarthrose cervicale, surtout dans le segment inférieur, et une spondylose dorsale inférieure localisée. Il était certain que l'assuré présentait depuis longtemps une cervicarthrose étagée importante avec cependant, tant à l'examen clinique qu'à l'examen radiologique, une mobilité des segments cervicaux encore conservée à part le segment C5-C6. Il avait donc travaillé depuis assez longtemps avec cette colonne cervicale modifiée et était plongé dans un cercle vicieux car plus il était anxieux et inquiet pour son avenir, plus il se crispait et avait mal à la nuque. Il n'y avait pas de concordance évidente entre les plaintes subjectives du patient et les constatations cliniques au niveau cervical.

D'après l'expert, le facteur important était constitué par le fait que le patient se retrouvait actuellement sans travail et qu'il envisageait avec crainte de ne pas pouvoir en retrouver. Du point de vue purement somatique, compte tenu de ses constatations cliniques objectives et du fait que le patient avait vraisemblablement

travaillé durant plusieurs années avec cette affection dégénérative de la colonne cervicale, l'expert ne voyait pas de raisons orthopédiques évidentes à l'impossibilité d'une reprise partielle ou complète du travail.

7. Le 24 juin 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) en raison de douleurs cervicales et lombaires depuis 1998, dans le but d'obtenir un reclassement dans une nouvelle profession et une rente partielle.
8. Dans son rapport médical à l'attention de l'OCAI du 10 septembre 2002, le Dr A _____ a confirmé son diagnostic de cervicarthrose étagée C3-C7 et spondylose lombaire étagée, notamment L3-L4, avec discopathie. Son patient était totalement incapable de travailler depuis le 13 août 2001. L'état de santé était stationnaire et il était éventuellement possible d'exiger de son patient qu'il exerce une autre activité, le médecin précisant qu'il ignorait quelle activité pourrait convenir. Cette activité devrait ne pas exiger de stations prolongées debout ou assis, ni le port d'objets pesant plus de 3 kilos et pourrait être exercée durant un maximum de 4 heures par jour.
9. Dans un avis médical du 3 février 2003, la Dresse C _____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a relevé qu'il semblait que cet assuré présentait une atteinte à la santé sans aucun lien avec une quelconque incapacité de gain, cela en raison du fait qu'il avait cessé de travailler peu après avoir reçu sa lettre de licenciement et alors qu'il n'avait jamais été absent jusqu'à ce moment.
10. Par décision du 26 février 2003, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif qu'il n'existait pas de causalité entre l'atteinte à la santé et la perte de gain. La profession exercée était adaptée à l'état de santé de l'assuré et ne semblait pas l'avoir gêné avant son licenciement. L'OCAI rappelait que l'assurance-invalidité ne devait pas être confondue avec l'assurance-chômage. Enfin, l'assuré était tenu de tout entreprendre pour réduire le dommage, fût-ce au prix d'un effort considérable.
11. Le 31 mars 2003, l'assuré s'est opposé à cette décision en concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et à l'octroi de mesures de réadaptation en vue de se reconvertir dans le transport professionnel de personnes. Selon l'assuré, l'OCAI avait violé l'art. 43 al. 1^{er} LPGA en n'instruisant pas suffisamment le dossier avant de se prononcer. De plus, il avait apprécié les preuves de manière arbitraire en allant à l'encontre du seul rapport figurant au dossier, soit celui de son médecin traitant. Il existait par ailleurs un lien de causalité évident entre l'atteinte à la santé et la perte de gain, puisque le métier qu'exerçait l'assuré comprenait également de longues heures de conduite et le transport de poids pouvant excéder largement dix kilos. Enfin, l'assuré demandait à l'assurance-invalidité de prendre en charge les

frais d'obtention d'un permis professionnel lui permettant de se réadapter dans le domaine du transport professionnel de personnes.

12. Par décision sur opposition du 20 mai 2003, l'OCAI a confirmé sa décision de refus de prestations, expliquant que l'opposant n'avait apporté aucun élément médical nouveau.
13. Le 20 juin 2003, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité, concluant toujours à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et de mesures de réadaptation en vue de se reconvertir dans le transport professionnel de personnes. Son recours reprenait les arguments invoqués devant l'OCAI, à savoir violation de l'obligation d'établir les faits d'office, appréciation arbitraire des preuves, violation de l'appréciation de son invalidité et du lien de causalité entre son atteinte à la santé et la perte de gain. Selon le recourant, toutes les dispositions qui avaient été citées par l'OCAI dans sa décision avaient été violées et celui-ci avait omis de procéder à une comparaison des revenus.
14. La cause a été transmise d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales le 1^{er} août 2003.
15. Par préavis du 19 août 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il a expliqué que la notion d'invalidité se composait de trois éléments : médical, économique et causal. Son appréciation était principalement basée sur l'expertise du Dr B_____, et également sur les indications du médecin-traitant. Il découlait de ces rapports que l'assuré avait continué à exercer sa profession durant plusieurs années, alors qu'il souffrait déjà de douleurs cervicales et lombaires. Dès lors, l'atteinte à la santé n'était pas la cause d'une incapacité de travail et n'avait pas valeur d'invalidité au sens de la loi. S'agissant de l'instruction du dossier, l'office intimé indiquait avoir réuni les documents médicaux nécessaires et était en droit de se baser sur les expertises mises en œuvre par les autres assurances intervenantes.
16. Dans sa réponse du 22 septembre 2003, l'assuré a fait valoir que la causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain était réalisée. Il ne s'était jamais plaint des douleurs ressenties pour éviter de perdre son emploi, continuant à travailler en mettant sa santé en danger. Par ailleurs, il n'était pas admissible qu'un médecin non spécialisé en la matière se prononce sur les problèmes induits par l'anxiété. De plus, il y avait lieu de retenir que l'anxiété avait été provoquée par les douleurs et non le contraire, ce qui découlait du dossier médical. Enfin, l'expertise sur laquelle se basait la décision de rejet n'avait pas été conduite par un expert neutre, puisqu'il s'agissait de celui mandaté par LA MOBILIERE. Les conclusions de cette expertise devaient donc être écartées et un expert neutre désigné par le Tribunal en tant que besoin. Enfin, il était évident que les trois conditions évoquées par l'OCAI concernant la notion d'invalidité étaient remplies.

17. Par courrier du 23 octobre 2003, l'OCAI a persisté dans ses conclusions. Le recourant n'apportait toujours aucune pièce susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expert, dont le rapport répondait aux exigences de la jurisprudence. Pour le surplus, la décision attaquée prenait également en compte les informations reçues de la part du médecin-traitant et du SMR.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} 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 1^{er} 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 la constitutionnalité 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 du présent litige.
3. La LPGA a entraîné de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. La décision à l'origine du recours dont est saisi le Tribunal de céans a été rendue le 26 février 2003, de sorte que la LPGA, en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss. LPGA.
5. L'objet du litige est de déterminer le taux d'invalidité du recourant ainsi que les prestations qui en découlent, ce dernier prétendant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et de mesures de réadaptation dans le sens d'une prise en charge par l'OCAI des frais d'un permis de chauffeur professionnel de la catégorie D1.
6. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI), l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1^{er} LAI (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003) qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % 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.

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).

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.

Dans l'assurance-invalidité, on fixe 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).

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).

Selon la jurisprudence, en principe, le juge ne s'écarter pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références).

7. En l'espèce, le recourant commence par faire grief à l'autorité cantonale de s'être prononcée en se basant principalement sur l'expertise du Dr B _____. Selon lui, une expertise devrait être confiée à un médecin indépendant par le Tribunal de céans, le Dr B _____ ayant été mandaté par une assurance.
8. En préambule, on soulignera que l'expertise du Dr B _____ répond à toutes les exigences de la jurisprudence fédérale. Ainsi, elle a été établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes. Le rapport prend pleinement en considération les plaintes exprimées et a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse). Enfin, la description du contexte médical est claire et les conclusions de l'expert sont bien motivées. Dès lors, l'administration ne saurait s'écarter de cette expertise sans motifs impératifs, dans la mesure où elle doit se voir reconnaître plein force probante.

A ce sujet, le Tribunal fédéral a rappelé dans une jurisprudence récente (ATFA du 22 mars 2004 cause I 131/03) que si le juge entend s'écarter d'une expertise, il doit motiver sa décision et ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de tomber dans l'arbitraire. Autrement dit, le juge qui ne suit pas les conclusions de l'expert n'enfreint pas l'art. 9 Cst. lorsque des circonstances bien établies viennent en ébranler sérieusement la crédibilité (ATF 122 V 160 consid. 1c, 119 Ib 274 consid. 8a). Comme cela vient d'être mentionné, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert.

Dans le cas d'espèce, le seul rapport du médecin traitant ne saurait remettre en cause l'expertise du Dr B _____, cela d'autant moins que selon la jurisprudence, lorsqu'il apprécie des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Par conséquent, en l'absence d'éléments permettant de mettre en doute les conclusions de l'expert, et dans la mesure où ce rapport répond à toutes les exigences jurisprudentielles en la matière, l'expertise médicale répond pleinement aux exigences posées par la jurisprudence, de sorte qu'il convient 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. Une instruction complémentaire s'avère dès lors superflue.

9. Selon le rapport d'expertise, le recourant se plaint principalement de douleurs au niveau de la nuque. Le diagnostic fait état d'une importante spondylose et spondylarthrose cervicale, surtout dans le segment inférieur, et une spondylose dorsale inférieure localisée. Ce diagnostic correspond du reste à celui posé par le médecin traitant de l'assuré.

L'expert a constaté qu'il n'y avait pas de concordance évidente entre les plaintes subjectives du patient et les constatations cliniques au niveau cervical. Du point de vue purement somatique, compte tenu de ses constatations cliniques objectives et du fait que le patient avait vraisemblablement travaillé durant plusieurs années avec cette affection dégénérative de la colonne cervicale, l'expert n'a pas trouvé de raisons orthopédiques évidentes à l'impossibilité d'une reprise partielle ou complète du travail.

Dans ces circonstances, compte tenu du fait qu'à part le rapport de son médecin traitant, le recourant n'a amené aucun élément médical susceptible de mettre en doute cette expertise, il y a lieu d'admettre qu'il se trouve encore dans une situation lui permettant d'exercer son travail de représentant à plein temps, de sorte qu'il n'existe pas d'invalidité au sens de la loi.

10. S'agissant enfin de l'anxiété (ou du trouble dépressif), dont le recourant allègue l'existence, on relèvera en préambule qu'elle n'a été formellement diagnostiquée ni par le médecin traitant, ni par l'expert, ni par les médecins du SMR. Certains spécialistes l'ont toutefois évoquée dans le cadre de la recherche des causes et/ou conséquences des douleurs ressenties par l'assuré, notamment en regard du facteur psychologique dû au licenciement. Ils ne l'ont en aucun cas signalée comme invalidante. Il n'est donc pas déterminant de savoir si cette anxiété a causé les

douleurs dont se plaint le recourant ou le contraire. L'incapacité de travailler est principalement basée sur les douleurs ressenties par l'assuré, qui sont certes pleinement reconnues par l'OCAI, mais qui ne sont pas invalidantes au sens de l'assurance-invalidité. Pour le surplus, dans le cas d'espèce, l'anxiété ne représente pas non plus une psychopathologie invalidante.

Force dès lors est de rejeter le recours.

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

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
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 quelle 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 :

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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