RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1678/2002 **ATAS/46/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du mardi 3 février 2004

2ème Chambre

En la cause

Monsieur G_____, comparant par l'Association FORUM SANTE en les bureaux de laquelle il élit domicile — recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, 1211 Genève 13 — intimé

Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS, Présidente, MM. Philippe CARRUZZO et Gérald CRETTENAND, juges assesseurs

---

EN FAIT

1. Monsieur G_____, né en janvier 1951, de nationalité chilienne, a travaillé en tant qu'opérateur sur machine pour l'entreprise X_____ SA à Satigny jusqu'au 1er juillet 1992, date à laquelle il s'est inscrit auprès de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE). Depuis lors, il a recherché une activité d'aide mécanicien de précision ou d'ouvrier de fabrique.

2. Le 26 octobre 1999, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI). Il demandait à être mis au bénéfice d'une mesure de reclassement suite aux dorso-lombalgies chroniques dont il souffrait depuis 1987, ces dernières s'étant aggravées suite à une chute en juillet 1998. L'assuré a déclaré être au bénéfice de prestations cantonales accordées aux chômeurs en fin de droit (RMCAS). Puis, dès décembre 1999, il a perçu des prestations de l'Hospice général.

3. Le 1er mars 2001, le docteur A_____, médecin traitant, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel il a diagnostiqué des lombalgies chroniques. Ce praticien expliquait que l'atteinte à la santé perdurait depuis juillet 1998, lorsque l'assuré était tombé sur le dos dans l'escalier. Les radiographies de la colonne effectuées en janvier 1999 ne montraient pas de lésion traumatique, mais des ébauches ostéophytaires basses, une discrète scoliose à convexité droite et un pincement L5-S1. L'incapacité de travail de l'assuré s'élevait à 100 % depuis le 1er novembre 1999 et, s'il était incapable de travailler en tant que mécanicien de précision du fait des douleurs lombaires ressenties lors de la station debout, l'intéressé était cependant en mesure d'effectuer un travail sédentaire.

4. Suite à l'inscription de l'intéressé à l'Office régional de placement (ci-après l'ORP) le 2 octobre 2001 en tant que demandeur d'emploi, l'OCE a rendu une décision le 18 décembre 2001 déclarant l'assuré inapte au placement et lui niant le droit aux indemnités de l'assurance-chômage.

5. Le 28 septembre 2001, sur requête du docteur B_____, médecin-conseil de l'OCAI, le docteur A_____ a complété son rapport et précisé que l'état de santé de son patient ne s'était pas modifié depuis 1999 et qu'il était stabilisé. Les lésions dégénératives observées au niveau du rachis n'expliquaient pas totalement les plaintes du patient. La capacité de travail de l'assuré dans un travail sédentaire demeurait de 100 %.

6. Par décision du 15 avril 2002, l'OCAI a refusé à l'assuré tant les mesures d'ordre professionnel qu'une rente de l'assurance-invalidité. Il n'y avait pas de contre-indication à une reprise de travail dans son ancienne activité d'opérateur sur machine et l'atteinte à la santé dont il souffrait n'avait pas valeur d'invalidité.

7. Le 2 mai 2002, l'assuré a interjeté recours contre cette décision par l'intermédiaire de son conseil en alléguant que, depuis le dépôt de sa demande en octobre 1999, son atteinte à la santé s'était aggravée, ce dont l'OCAI n'avait pas tenu compte. En outre, il s'était uniquement basé sur le rapport du docteur A_____ pour statuer sur son cas alors même que ce dernier, malgré plusieurs années de traitement, n'avait jamais demandé d'examen complémentaire ni sollicité l'avis d'un spécialiste. Le recourant estimait ne plus pouvoir exercer d'activité lucrative en raison de l'atteinte à sa santé et concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à l'ordonnance d'examens approfondis et d'une expertise par un rhumatologue. Entre autres documents, il a produit un certificat de son médecin traitant du 21 février 2002 attestant de son incapacité de travail à 100 % depuis le 1er novembre 1999.

8. Par préavis du 2 juillet 2002, l'OCAI a proposé le rejet du recours, arguant du fait que le médecin traitant avait précisé que le recourant était en mesure de travailler à 100 % dans une activité sédentaire et que, sans activités physiques, les douleurs vertébrales restaient supportables. En ce qui concernait le certificat médical du docteur A_____, l'OCAI estimait qu'il ne répondait pas aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante d'un rapport médical, semblant avoir été rédigé pour les besoins de la cause.

9. Appelé à se déterminer, le recourant a répliqué le 15 août 2002 que le certificat litigieux avait été établi le 21 février 2002 alors que la décision de l'OCAI était intervenue le 14 avril 2002. Partant, il n'avait pas pu être établi pour les besoins de la cause ainsi que le prétendait l'OCAI.

10. Dans sa duplique du 30 août 2002, l'OCAI a persisté intégralement dans ses conclusions tout en soulignant qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des appréciations du docteur A_____ en ce qui concernait la capacité de travail du recourant.

11. Le 5 décembre 2002, le recourant a produit deux nouvelles pièces : un rapport du 25 juillet 2002 rédigé par les docteurs C_____ et D_____, médecins internes à la division de Rhumatologie du département de médecine interne des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) et un rapport d'expertise du 25 novembre 2002 du docteur E_____, médecin psychiatre. Les praticiens

des HUG ont diagnostiqué des rachialgies communes et un état anxio-dépressif, après avoir vu le recourant en consultation ambulatoire de rhumatologie les 11 et 12 juillet 2002. Les radiographies de la colonne dorso-lombaire face/profil du 11 juillet 2002 mettaient en évidence de discrets troubles dégénératifs, un pincement discal L5-S1 ainsi qu'un rétrolysthésis de L5-S1. Quant au docteur E_____, il a diagnostiqué un état dépressivo-anxieux, une hypocondrie et des troubles anxieux sévères, le patient souffrant de ces troubles depuis plusieurs années. Cet état morbide s'était installé progressivement, en se péjorant depuis une année, rendant le recourant inapte à travailler de façon suivie. Il présentait encore un trouble de la personnalité de type schizoïde. Ces différents troubles psychiques, chroniques et sévères, entraînaient une incapacité de travail complète, conjointement à l'arrêt de travail à 100 % daté du 1er novembre 1999.

12. Après avoir soumis ces documents au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR LEMAN), l'OCAI s'est déterminé le 5 novembre 2003 en persistant dans ses conclusions. Il a souligné que l'avis du docteur E_____ était largement postérieur à la décision de refus de l'assurance-invalidité, tout comme l'examen effectué par les HUG en été 2002. En outre, ce praticien ne connaissait l'assuré que depuis fin 2002 et, en conséquence, il ne pouvait attester d'une incapacité totale de travail depuis le 1er octobre 1999. En dernier lieu, l'OCAI relevait qu'avant la date de la décision litigieuse, seule avait été diagnostiquée une atteinte à la santé physique et ce n'est qu'à fin 2002 que le médecin psychiatre avait fait état, pour la première fois, d'un trouble anxio-dépressif.

EN DROIT

1. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) et de son règlement du 17 janvier

1961 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (RAI). Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

2. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er 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. art. 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.

3. Interjeté en temps utile, le recours est à cet égard recevable conformément aux articles 69 aLAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (aLAVS) alors applicables.

4. Le litige porte essentiellement sur le point de savoir quelle diminution de sa capacité de gain le recourant subit en raison d'une atteinte à sa santé physique et psychique.

4.a L'art. 4 al.1 aLAI stipule que 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. 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 aLAI, 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 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).

4.b En l'espèce, l'atteinte physique est établie, de même que l'incapacité de travail dans son métier qui en découle. Dans un poste léger en revanche, la capacité de travail est entière. Se pose cependant la question de l'atteinte à la santé psychique, établie par les rapports médicaux produits en cours de procédure, respectivement par des médecins des HUG (rapport du 25 juillet 2002) et par un expert psychiatre spécialement mandaté à cet effet, le docteur E_____ (rapport du 25 novembre 2002).

5.a 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 ; Pratique VSI 3/2000, p.154).

Par ailleurs il y a lieu de préciser que, selon la jurisprudence, le simple fait qu'un certificat médical soit établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office de l'assurance-invalidité (ATFA non publié du 26 juillet 2002 en la cause I 19/02 Bh).

On relèvera encore que, selon une 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 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b., 116 V 248 consid. 1a). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4, ATFA non publié du 25 août 2003 en la cause I 392/03).

5.b En l'espèce, le recourant fait état d'une aggravation de son état de santé depuis le dépôt de sa demande en octobre 1999. S'il peut être reconnu pleine valeur probante aux rapports médicaux susmentionnés, il sied cependant de constater que ceux-ci sont postérieurs à la décision du 15 avril 2002 de l'OCAI.

L'état de fait de la présente affaire s'apparente à celui d'un litige similaire décrit à l'ATFA non publié du 16 septembre 2003 en les causes I 657/02 et I 658/02 au cours duquel le Tribunal fédéral des assurances (TFA) avait jugé que deux expertises postérieures à la décision litigieuse, portant cependant sur des faits antérieurs à celle-ci, ne pouvaient permettre sa modification. Les rapports portaient principalement sur la question du début de l'atteinte à la santé, laquelle avait été fixée par les spécialistes de manière rétroactive. Le TFA a alors jugé qu'aucun complément d'instruction ne permettrait de préciser de manière plus fiable le début de l'atteinte en question ainsi que, le cas échéant, sa gravité et son influence sur la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la date déterminante de la décision en cause.

En l'occurrence, les documents dont disposait l'Office intimé était suffisants pour retenir une capacité de travail résiduelle du recourant de 100 % dans une activité légère adaptée au handicap. Les rapports susmentionnés ne permettent pas de s'écarter de cette constatation, ni de mettre en œuvre un complément d'instruction. Le médecin psychiatre, s'il a diagnostiqué de nouvelles affections, a précisé que celles-ci avaient débuté il y a plusieurs années et qu'elles s'étaient aggravées depuis une année. En référence à l'arrêt susmentionné, force est de constater qu'aucun complément d'instruction ne serait en mesure de déterminer avec plus de précision le début de l'atteinte psychique à la santé du recourant ainsi que sa gravité et son influence sur la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la date déterminante du 15 avril 2002.

Au vu de ces divers éléments, le recours doit être rejeté et la décision de l'OCAI du 15 avril 2002 confirmée. Cela étant, il sied de relever que, s'il ne fait pas l'objet de la présente procédure, le droit du recourant à des prestations de

l'assurance-invalidité suite à l'évolution des circonstances depuis cette date pourra être examiné dans le cadre d'une procédure de révision (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours interjeté en date du 2 mai 2002 par Monsieur G_____ à l'encontre de la décision de l'OCAI du 15 avril 2002 ;

Au fond :

2. Le rejette ;

3. Confirme la décision de l'OCAI du 15 avril 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 :	La Présidente :
Pierre RIES	Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

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