RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1735/2002 **ATAS/318/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Du 6 mai 2004

3ème chambre

En la cause

Monsieur A_____, comparant par Me Béatrice ANTOINE en l'Etude de laquelle il élit domicile	recourant

contre

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

Siégeant : **Madame Karine STECK, Présidente,**
Mesdames Valérie MONTANI et Doris WANGELER, juges

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né en février 1967, originaire du Kosovo, marié et père de deux enfants, a travaillé en tant qu'employé d'entretien de chantier pour l'entreprise X_____ SA, à temps partiel dès le 10 juin 1998, puis à plein temps (44 heures/semaine) dès septembre 1999 et jusqu'au 31 décembre 2001. Son salaire annuel s'est élevé à 52'500 francs en 2000 (pièce 2, fourre 5 OCAI).

2. Le 16 mai 2000, il a été en incapacité de travailler à 100 % suite à une chute de l'échelle sur laquelle il était perché à une hauteur d'environ deux mètres du sol alors qu'il effectuait un travail de nettoyage de vitres. Il a été immédiatement hospitalisé aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG), au département de chirurgie (clinique d'orthopédie), où les médecins ont diagnostiqué une fracture-tassement des plateaux vertébraux supérieurs de L1 et L2 ainsi que des paresthésies au niveau des mains. L'assuré a été soigné à la clinique d'orthopédie des HUG jusqu'au 26 mai 2000. Un traitement conservateur avec port d'un corset pendant six semaines et une physiothérapie de tonification isométrique ont été mis en place. Les paresthésies des mains ont nécessité le port d'une minerve souple pendant 15 jours (pièces 2 et 9, fourre 4-SUVA OCAI).

3. Le 26 juin 2000, le docteur L_____, neurologue, a examiné l'assuré qui se plaignait de fourmillements dans les mains. Le spécialiste a relevé que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était relativement stable et peu gênante, mais que ce dernier avait peur d'une évolution défavorable dans le futur. Les troubles sensitifs des membres supérieurs dont se plaignait le patient n'avaient pas d'explication d'ordre tronculaire ou plexulaire comme en témoignaient les données neurophysiologiques et cliniques. Le spécialiste a encore souligné avoir beaucoup rassuré le patient, ne voyant pas d'indice d'une évolution défavorable dans les semaines à venir (pièce 1, fourre 3 OCAI).

4. Du 21 novembre 2000 au 10 janvier 2001, l'intéressé a effectué une cure à la clinique romande de réadaptation à Sion. Le docteur M_____, chef de clinique et le docteur N_____, médecin-assistant, ont diagnostiqué un état dépressif majeur, des lombalgies chroniques ainsi qu'une fracture-tassement des plateaux supérieurs des vertèbres L1 et L2. Ils ont relevé que le docteur O_____, psychiatre, avait posé le diagnostic d'état dépressif majeur (degré sévère) le 7 décembre 2000, à mettre dans le contexte de l'accident de travail et du refus d'en accepter les conséquences somatiques. S'il n'y avait pas d'état de stress post-traumatique au sens strict, l'événement traumatique avait été vécu avec une grande panique, la douleur et la dyspnée ayant donné momentanément un sentiment de mort imminente. Les spécialistes ont également relevé que l'assuré avait effectué quelques travaux d'entretien aux ateliers professionnels et que le temps planifié de 2 heures par jour n'avait jamais été atteint, l'assuré arrêtant après 1 heure environ,

en invoquant des douleurs. Un certain manque de motivation avait été constaté. En définitive, les constatations pathologiques et limitations fonctionnelles objectives étaient peu nombreuses en fait et, sur un strict plan physique, les spécialistes estimaient qu'il existait une capacité de travail complète. Une incapacité totale ne se justifiait que par les constatations psychiatriques et une nouvelle évaluation psychiatrique était préconisée après un mois (pièces 14 à 18, fourre 4-SUVA OCAI).

5. Le 24 janvier 2001, l'assuré s'est rendu en urgence au département de psychiatrie des HUG à Belle-Idée et a consulté le docteur P_____, chef de clinique. Ce dernier a expliqué que le patient s'était présenté aux HUG en raison d'un grave état dépressif probablement aggravé par un état de stress post-traumatique. L'état dépressif persistait depuis novembre 2000 et s'était aggravé. Il se manifestait principalement par des idées de mort avec une incapacité à gérer le quotidien. Le patient ne pouvait plus se concentrer et avait des ruminations de plus en plus envahissantes sur un sentiment de ruine et de désespoir. Il ne se sentait plus capable d'assumer ses charges familiales. La situation sociale actuelle avec un retour forcé dans son pays ne faisait qu'aggraver son état (pièce 6, fourre 3 OCAI).

6. Le 4 juillet 2001, le docteur P_____ a relevé que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était bonne en ce qui concernait son état dépressif, celui-ci étant en rémission depuis environ deux mois. Il persistait néanmoins une grande difficulté à se mobiliser et à entreprendre des activités. L'assuré se focalisait sur ses douleurs lombaires et se sentait dans l'incapacité de reprendre un travail. Le docteur P_____ a estimé que, du point de vue de l'affection psychiatrique, une reprise de travail à temps partiel pouvait être envisagée. Une reconversion professionnelle dans un domaine sans contrainte physique importante pour le dos était nécessaire car toute augmentation des douleurs dorsales pouvait précipiter une rechute dépressive. Le praticien a souligné qu'il existait un lien de causalité direct entre l'accident, la décision de renvoi dans son pays et l'état dépressif. Sans l'accident, l'état dépressif aurait pu être déclenché par la décision des autorités de renvoyer l'assuré dans son pays, mais la symptomatologie dépressive résiduelle était liée au sentiment de handicap physique causé par l'accident. (pièce 7, fourre 3 OCAI).

7. Le 26 octobre 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en sollicitant un reclassement dans une nouvelle profession ou l'octroi d'une rente (pièce 1, fourre 2 OCAI).

8. Le 18 novembre 2001, le docteur Q_____, médecin-traitant, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel il a diagnostiqué une fracture-tassement des vertèbres L1 et L2, des lombalgies chroniques et un état dépressif majeur. L'état de santé de l'assuré demeurait stationnaire. Dans l'annexe au rapport concernant la réinsertion professionnelle, le médecin traitant a relevé que l'activité

exercée jusqu'à présent n'était plus exigible et que l'on ne pouvait pas non plus exiger que l'assuré exerce une autre activité. A la question : « si plus aucune autre activité n'est exigible, quelle en est la raison ? », il a répondu que la cause principale en était le problème dépressif qui faisait qu'aucune amélioration de la symptomatologie ne pouvait être espérée pour l'instant. Ce praticien a également relevé un certain nombre de limitations fonctionnelles : l'intéressé devait notamment travailler en alternant les positions assis/debout/marche, devait éviter de lever, porter ou déplacer des charges et pouvait utiliser les bras et mains à condition de ne pas porter de charge (pièces 8 et 9, fourre 3 OCAI).

9. Le 29 novembre 2001, la doctoresse R_____, psychiatre, a également rédigé un rapport dans lequel elle a diagnostiqué un épisode dépressif sévère en rémission. L'état de santé de l'assuré s'était amélioré grâce aux anti-dépresseurs, mais le patient restait focalisé sur ses douleurs lombaires et la crainte de retourner au Kosovo. Il suivait des cours d'informatique, ce qui lui plaisait, et disait avoir envie de travailler à l'avenir, mais dans un domaine où il n'y avait pas d'activité physique. La doctoresse a encore expliqué que, sur le plan psychiatrique, il n'existait pas d'incapacité de travail. Dans un questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, elle a relevé que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient de façon prépondérante l'affection actuelle et que les troubles psychiques de l'assuré étaient réactionnels à des événements de vie adverse, soit le risque de renvoi au Kosovo. L'incapacité de travail était uniquement due aux affections physiques (pièces 10 à 12, fourre 3 OCAI).

10. Dans un rapport du 18 avril 2002, le Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR Léman) a estimé que l'assuré était en mesure de travailler à 100 %. Selon le rapport du médecin traitant, la cause principale de l'incapacité de travail était le problème psychiatrique alors que, pour la doctoresse R_____, il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. L'épisode dépressif était lié en partie à une menace d'expulsion du territoire, n'avait jamais provoqué d'incapacité de travail et était en rémission depuis le 2 mai 2001 (pièce 14, fourre 3 OCAI).

11. Par projet de décision du 13 juin 2002, l'OCAI a informé l'assuré qu'il ne lui serait pas octroyé de rente ni de mesures professionnelles, son état de santé lui permettant de reprendre son activité antérieure. L'accident n'avait entraîné aucune séquelle diminuant sa capacité de gain et son état dépressif n'avait jamais été invalidant, étant par ailleurs consécutif à sa situation sociale (pièce 1, fourre 1 OCAI).

12. Par courrier du 28 juin 2002, l'intéressé s'est opposé à ce projet par l'entremise de son conseil.

13. Le 10 septembre 2002, l'assuré a sollicité l'octroi de mesures professionnelles dans la mesure où il y avait une incapacité de travail à 100 % dans sa précédente profession et une capacité résiduelle de travail de 50 % dans toute autre activité. Il a joint un rapport du docteur Q_____ du 9 août 2002 indiquant que les atteintes somatiques justifiaient une incapacité de travail de 100 % dans la profession antérieure de nettoyeur. Selon le médecin, dans une autre profession n'impliquant pas de port de charges ou de travail penché en avant, avec des positions debout/assis alternées, une capacité de travail supérieure, probablement de 100 % était envisageable. Une reconversion professionnelle était donc souhaitable. L'assuré a également produit un rapport du 4 septembre de la doctoresse R_____ confirmant la rémission de l'épisode dépressif sévère et indiquant que le taux d'incapacité de travail actuel était de 0 % dans une activité autre que celle que l'assuré avait eu dans le passé, ne sollicitant donc pas physiquement le patient (pièce 4, fourre 1 OCAI, pièces 15 et 16, fourre 3 OCAI).

14. Le 1er octobre 2002, le SMR Léman s'est prononcé sur les deux nouveaux rapports médicaux produits et a estimé que ceux-ci ne contenaient aucun élément nouveau, raison pour laquelle les conclusions du rapport du 18 avril 2002 devaient être maintenues (pièce 17, fourre 3 OCAI).

15. Par décision du 7 octobre 2002, l'OCAI a refusé à l'assuré toute prestation de l'assurance-invalidité en se référant tant au projet de décision du 13 juin 2002 qu'à l'avis du SMR Léman du 1er octobre 2002 (pièce 5, fourre 1 OCAI).

16. Par écriture du 8 novembre 2001, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant principalement à l'octroi de mesures médicales et professionnelles et, subsidiairement à l'octroi d'une rente. Il a préalablement sollicité l'ouverture d'enquêtes en vue de l'audition des docteurs S_____ et R_____ ainsi que l'octroi d'un délai supplémentaire afin de compléter le recours.

17. Par écriture complémentaire du 9 décembre 2002, le recourant a expliqué que, contrairement à ce qu'affirmait la décision litigieuse, son état de santé ne lui permettait pas de reprendre son activité antérieure, raison pour laquelle l'octroi de mesures professionnelles était tout à fait fondé. Il parlait couramment le français et faisait donc preuve d'une certaine facilité d'acquisition dans les langues. Il se déclarait prêt à prendre des cours d'anglais dans le but de devenir réceptionniste d'hôtel ou à acquérir une formation plus approfondie en informatique dans la mesure où il avait déjà acquis certaines notions informatiques sur Word et Excel. Le recourant sollicitait à titre subsidiaire l'octroi d'une rente.

18. Dans son préavis du 30 janvier 2003, l'OCAI a proposé le rejet du recours en arguant du fait que les troubles psychiques provoqués par des circonstances extérieures mais qui disparaissaient si ces dernières étaient modifiées d'une manière raisonnablement exigible n'avaient pas valeur d'invalidité. Dès lors, le recourant

avait disposé d'une pleine capacité de travail depuis mai 2001 tant sur le plan physique que psychique, raison pour laquelle les prestations de l'assurance-invalidité devaient lui être refusées.

19. Par réplique du 16 avril 2003, le recourant a modifié ses conclusions et conclu à l'octroi d'une demi-rente dès le 16 mai 2001. Il a produit un rapport du 11 avril 2003 du département de psychiatrie des HUG émanant des docteurs T_____ et **U**_____, lesquels se sont prononcés sur l'état de santé du recourant sur la base du dossier. Ils ont expliqué que l'affection psychique dont souffrait le recourant était en rapport direct avec l'accident de travail du 16 mai 2000 puisque c'était suite à cet événement qu'il avait vécu un fort sentiment d'handicap physique et avait développé un état dépressif moyen, invalidant à 50 %. Par la suite, l'état dépressif était resté fluctuant avec, par moments, une recrudescence de la symptomatologie dépressive en relation avec les événements de la vie. Ils ont souligné que tant le docteur O_____ que le docteur P_____ avaient admis le caractère réactionnel de l'état dépressif suite à l'accident. En tant que médecin traitant à la consultation de la Jonction depuis octobre 2002, le docteur T_____ avait constaté dès cette date un nouvel épisode dépressif moyen avec incapacité de travail à 50 % d'une durée indéterminée. Vu plusieurs épisodes dépressifs, les spécialistes pouvaient conclure à la présence d'une maladie de longue durée, soit d'un tableau d'état dépressif récurrent, avec épisode actuel moyen, lequel induisait une incapacité de travail sur le plan psychique à 50 %.

20. Par duplique du 25 avril 2003, l'OCAI a persisté dans ses conclusions en soulignant que, dans le rapport des HUG du 11 avril 2003, les spécialistes avaient clairement fait référence à la recrudescence de la symptomatologie dépressive en relation avec les événements de la vie et que cette observation était de nature à confirmer la position de l'OCAI.

21. Pour le surplus, les faits et allégués 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) 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(RAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. 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'art. 3 al. 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 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS) alors applicables.

4. Le litige porte uniquement sur la question de déterminer si le recourant souffrait encore, au moment de la décision litigieuse intervenue le 7 octobre 2002, d'une affection psychique ou physique influençant sa capacité de travail. A cet égard, il sied de rappeler que les constatations portant sur des faits survenus postérieurement à la décision litigieuse 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).

4a. L'art. 4 al.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). 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 158 consid. 1).

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 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).

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).

4b. En l'espèce, dans ses dernières écritures, le recourant fait valoir qu'il a été en incapacité de travail à 50 % dès la date de l'accident survenu le 16 mai 2000 pour des raisons psychiques, en dehors des problèmes physiques rencontrés. Il se base essentiellement sur le rapport des docteurs T_____ et U_____ des HUG établi le 11 avril 2003, lesquels ont estimé que, vu la présence de plusieurs épisodes dépressifs, il était possible de conclure à une maladie de longue durée, soit à un état dépressif récurrent (cf. rapport du 11 avril 2003, p. 2). L'OCAI estime quant à lui que la capacité de travail du recourant était entière au moment de la décision litigieuse et qu'il était en mesure de reprendre sa précédente activité. Il a relevé que l'état dépressif du recourant n'avait jamais été invalidant en se basant sur le rapport du SMR Léman du 18 avril 2002 lequel précisait que l'épisode dépressif n'avait jamais provoqué d'incapacité de travail (pièce 14, fourre 3 OCAI, p. 2).

Force est de constater que ni le recourant ni l'Office intimé ne se sont déterminés de manière pertinente eu égard aux divers rapports médicaux figurant au dossier. En effet, il est non seulement erroné d'estimer que la capacité de travail du recourant était pleine et entière dès le 16 mai 2001, ce qui aurait permis au recourant de reprendre son activité antérieure, mais également qu'elle était de 50 % en raison de l'affection psychique dès la date de l'accident.

En ce qui concerne ces deux point de vue, tous les praticiens amenés à se déterminer sur la capacité de travail en raison de l'atteinte psychique ont expliqué que cette dernière avait entraîné une incapacité totale de travail, puis partielle et enfin de 0 %, mais toujours dans une autre activité que celle exercée précédemment par l'assuré. Ainsi, les docteurs M_____ et N_____, respectivement chef de clinique et médecin-assistant à la clinique romande de réadaptation, ont relevé dans leur rapport du 25 janvier 2001 qu'une incapacité totale se justifiait par les constatations psychiatriques (pièce 18, fourre 4-SUVA, p. 3). Ensuite, le docteur P_____, chef de clinique aux HUG (belle-Idée), a expliqué le 4 juillet 2001 que l'état dépressif était en rémission depuis environ deux mois et que, du point de vue de l'affection psychiatrique, une reprise de travail à temps partiel pouvait être envisagée. Il a ajouté qu'une reconversion professionnelle dans un domaine sans contraintes physiques importantes pour le dos était nécessaire (pièce 7, fourre 3 OCAI). Le docteur Q_____ a relevé le 18 novembre 2001 que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et a précisé qu'il existait un certain nombre de limitations fonctionnelles. Il a par ailleurs estimé que, si plus aucune autre activité n'était exigible, c'était en raison de l'état dépressif, contredisant sur ce point la doctoresse R_____, laquelle a souligné dans son rapport du 29 novembre 2001 que l'épisode dépressif était en rémission et que, sur le plan psychiatrique, il n'existait pas d'incapacité de travail (pièces 8 à 12, fourre 3 OCAI). Amenée à préciser sa pensée, la doctoresse a ajouté dans son rapport du 4 septembre 2002 que l'état dépressif du recourant avait également entraîné une incapacité de travail, mais que le taux d'incapacité de l'assuré était alors de 0 %, soulignant encore : « pour une activité autre que celle qu'il avait dans le passé, ne sollicitant donc pas physiquement le patient » (pièce 16, fourre 3 OCAI). Quant au docteur Q_____, il a également précisé que les atteintes somatiques justifiaient une incapacité de travail de 100 % dans la profession antérieure de nettoyeur mais que, dans une autre profession n'impliquant pas de port de charges ou de travail penché en avant, avec des positions debout/assis alternées, une capacité de travail supérieure, probablement de 100 %, était envisageable (pièce 15, fourre 3 OCAI). On relèvera encore que, contrairement à ce que prétend le recourant, le rapport des médecins des HUG du 11 avril 2003, bien que motivé de manière satisfaisante, ne permet pas d'admettre une incapacité de travail de 50 % pour des raisons psychiques dès la date de l'accident, dans la mesure où les rapports établis par les divers praticiens répondent tous aux critères posés par la jurisprudence et ne sont pas contradictoires, puisqu'ils se complètent mutuellement. Le seul rapport du 11 avril 2003 ne saurait donc les remettre en cause. Bien au contraire, la conclusion des docteurs T_____ et U_____ apparaît étonnante en ce qui concerne la capacité de travail du recourant avant la décision litigieuse, vu les différents rapports médicaux susmentionnés indiquant clairement l'évolution de celle-ci au fil des mois. Quant à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail postérieure à la décision, soit dès octobre 2002, si le Tribunal

de céans estime convaincantes les conclusions des praticiens des HUG, il ne lui appartient pas de juger cet état de fait postérieur, ainsi qu'il l'a été rappelé supra.

Il ressort dès lors des divers avis médicaux que le recourant a été en incapacité totale de travailler tant dans sa précédente profession que dans une autre activité en raison de l'état dépressif sévère diagnostiqué le 7 décembre 2000 par le docteur O_____. Il a ensuite vu son état de santé s'améliorer peu à peu dès le mois de mai 2001, jusqu'au 29 novembre 2001, date à laquelle l'état dépressif était en rémission complète et où la capacité résiduelle de travail était de 100 %, mais dans une autre activité adaptée à son handicap. Par conséquent, dès cette date, et a fortiori au moment de la décision, l'OCAI aurait dû calculer le taux d'invalidité du recourant en comparant le salaire sans invalidité au salaire avec invalidité dans un autre emploi adapté au handicap de l'assuré, ce qu'il a omis de faire.

5. Il sied ainsi de calculer le taux d'invalidité du recourant conformément aux dispositions légales en vigueur.

5a. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est d'un quart si l'assuré présente une invalidité de 40 pour cent, d'une demie pour une invalidité de 50 pour cent au moins et entière dès 66 2/3 % au moins d'invalidité.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'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 (art. 28 al 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

Sont déterminants, lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 28 al. 2 LAI, les rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications significatives des données hypothétiques déterminantes survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 128 V 174; ATFA non publiés du 18 octobre 2002 en la cause I 761/01, ATFA non publié du 22 août 2002 en la cause I 440/01). Le revenu sans invalidité se détermine en général d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé (RCC 1991 page 332).

Pour chiffrer le revenu d'invalide, on peut se référer, selon la jurisprudence, à ce que l'on appelle des tableaux de salaires. Cette possibilité est retenue en particulier lorsque l'assuré n'a repris, après la survenance de l'atteinte à la santé, aucune

activité lucrative du tout ou aucune activité lucrative pouvant être raisonnablement attendue de lui (ATF 124 V 322 ; VSI 2000 p. 85). En ce qui concerne les tableaux de salaires, les statistiques de l'OFAS, qui distinguent les salaires selon le niveau de qualification, le domaine d'activité et le sexe constituent une source d'information fiable. On se référera alors à la statistiques des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323, VSI 1999 p. 182). Pour les barèmes, on tiendra néanmoins compte du fait que les personnes atteintes dans leur santé et handicapées, même pour l'accomplissement de tâches auxiliaires légères, sont désavantagées en ce qui concerne leur rémunération par rapport aux salariés totalement productifs et pouvant être employés pour le même travail. Aussi, le taux de salaire sera généralement inférieur à la moyenne. Selon l'expérience, on peut dans de tels cas, réduire de 10 à 25 % le salaire indiqué dans le tableau (VSI 1998 p. 179, p. 296). La déduction de 25 % n'intervient cependant pas de manière générale et dans chaque cas. Il faut au contraire examiner sur la base de l'ensemble des circonstances du cas concret particulier si et dans quelle mesure le revenu hypothétique doit être réduit. Dans ce contexte, il s'agit aussi de prendre en considération le fait que les étrangers ne gagnent pas toujours le même salaire que la moyenne de tous les travailleurs étrangers et suisses (VSI 2000 p. 85).

5b. En l'espèce, en ce qui concerne le revenu sans invalidité, le recourant pouvait réaliser 53'707 fr. chez X_____ SA en 2001 (cf. questionnaire pour l'employeur du 16 novembre 2001, pièce 6, fourre 5 OCAI).

Quant au salaire d'invalide, l'on peut retenir sans arbitraire que le recourant aurait pu travailler dans l'hôtellerie, en tant que réceptionniste d'hôtel - par exemple ainsi qu'il l'a relevé dans sa deuxième écriture du 9 décembre 2002 (complément au recours) - ou dans les services informatiques. Les salaires mensuels auxquels pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (sans connaissances spéciales) dans ces branches dans le secteur privé en 2000 étaient de respectivement 4'482 fr. et 4'333 fr. par mois compte tenu d'un horaire de travail de 40 heures par semaine (ESS 2000 p. 5, TA1, « hôtellerie et restauration » 55 et « Services informatiques, services fournis aux entreprise » 72-74, niveau de qualification 4). Ces revenus doivent être porté à 4'684 fr. (4'482 fr. : 40 x 41,8) et 4'528 fr. (4'333 fr. : 40 x 41,8), soit 56'204 fr. et 54'336 fr. par an, dès lors que la moyenne usuelle de travail dans les entreprises en 2000 était de 41,8 heures (La Vie Economique 12/2002 p. 88, tableau B 9.2).

La déduction à apporter au revenu d'invalide peut être fixé en se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral rendue dans des cas similaires. Ainsi, dans le cas d'une personne sans formation professionnelle, n'ayant pas exercé d'activité depuis plusieurs années et souffrant de diverses atteintes à la santé (important déconditionnement musculaire et cardio-vasculaire, troubles du comportement, personnalité borderline, troubles du dos et de la hanche), un abattement de 10% a été retenu (ATFA non publié du 8 juillet 2003 I 9/03). Dans un autre cas, le

Tribunal fédéral des assurances a procédé à un abattement de 15% pour tenir compte en particulier de la nationalité étrangère du recourant et de l'empêchement à effectuer des travaux lourds ou de la nécessité d'alterner les positions assis/debout (ATFA non publié du 30 novembre 2001 I 422/01).

Compte tenu des limitations que présente le recourant (travail avec alternance des positions assise et debout, emploi léger, manque de formation, nationalité), un abattement de 15 % lié au handicap selon la jurisprudence apparaît justifié, ce qui porte les revenus annuels exigibles à respectivement 47'773 fr. et 46'186 fr.

Les taux d'invalidité ressortant de la comparaison de ces deux revenus avec le revenu sans invalidité sont ainsi de **11 et 14 %** (53'707 fr.– 47'773 fr. x 100 : 53'707 fr. et 53'707 fr. - 46'186 fr. x 100 : 53'707 fr.). Ils sont insuffisants pour ouvrir droit à une quelconque prestation de l'assurance-invalidité, étant rappelé que, en ce qui concerne plus précisément le reclassement, la jurisprudence retient que l'invalidité doit être d'une certaine gravité. Cette condition est donnée lorsque l'assuré subit dans l'activité encore exigible sans autre formation professionnelle, une perte de gain durable ou permanente de quelque 20 % (ATF 124 V 110 consid. 1b et les références ; ATFA non publié du 10 juillet 2003 I 148/03).

Une aide au placement pourra cependant être octroyée au recourant à sa demande.

Au vu de ses éléments, le recours doit être rejeté et la décision de l'OCAI du 7 octobre 2002 confirmée.

A titre subsidiaire, le Tribunal de céans rappelle encore que le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité suite à l'évolution des circonstances depuis octobre 2002 pourrait être examiné dans le cadre d'une procédure de révision (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références), s'il déposait une nouvelle demande.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. Le rejette ;

3. 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 :

Janine BOFFI Karine STECK

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