RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1739/2002 **ATAS/953/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 11 novembre 2004

3ème Chambre

En la cause

Monsieur D_____, comparant par Me Pierre GABUS, en l'Etude duquel 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 Isabelle DUBOIS, juges

EN FAIT

1. Monsieur D_____, ressortissant portugais né en 1954, a travaillé comme maçon auprès de l'entreprise X_____ SA jusqu'au 16 juin 1997, date à partir de laquelle il a cessé toute activité lucrative pour raisons de santé. Il a en effet été à plusieurs reprises victime de malaises d'origine indéterminée ayant entraîné des pertes de connaissance au travail et à domicile (pièce 5 fourre 3 OCAI).

2. Le 11 juin 1997, le Dr L_____, neurologue, dans l'incapacité de déterminer l'origine des malaises observés, a préconisé de procéder à un nouvel électro-encéphalogramme, le premier ayant été décrit comme « anormal ». Selon lui, en cas de retour à la normalité, il aurait fallu conclure à des migraines atypiques (pièce 7 fourre 5 OCAI). Le 16 juillet 1997, il a encore indiqué ne pas pouvoir formuler d'autre hypothèse qu'un état dépressivo-anxieux grave. Le 26 août 1997, il a constaté l'amélioration de l'état du patient sur le plan moral et proposé une reprise du travail à mi-temps au mois de septembre 1997 puis à 100% au mois d'octobre 1997 (pièce 8 fourre 3 OCAI). D'une note établie le 22 septembre 1997, il ressort que le patient a encore eu quelques malaises moins importants. Le médecin insistait alors sur le fait qu'il était très important qu'il reprenne rapidement une activité lucrative, l'inaction à domicile lui permettant d'observer chaque petit malaise, ce qui risquait de le faire récidiver (pièce 13 fourre 3 OCAI).

3. Le 27 septembre 1997, suite à une augmentation des malaises survenant plusieurs fois par semaine, l'assuré a fait l'objet d'un examen au département de médecine interne des hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Ses malaises ont été décrits comme s'accompagnant de paresthésie dans les jambes et d'une sensation de paraplégie durant quelques minutes. Les Drs M_____ et N_____, ont émis l'hypothèse de crises de panique associées à des crises d'hyperventilation et posé le diagnostic d'état dépressif moyen sans idées suicidaires. Une thérapie chez un psychiatre a été préconisée. Ils ont en revanche exclu toute atteinte neurologique ou cardiaque (pièce 14 fourre 3 OCAI).

4. Le 12 mai 1998, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI), motivée par des malaises, pertes de connaissance, problèmes digestifs et état dépressif.

5. Du rapport médical adressé par le Dr O_____, médecin-traitant, à l'OCAI en date du 29 juin 1998, il ressort que l'atteinte à la santé existe depuis 1995 et a entraîné une incapacité totale de travail depuis le 16 juin 1997. Les diagnostics posés ont été les suivants : état dépressif, malaises, céphalées, instabilité, hypotension, gastrite chronique. Une importante fatigabilité a en outre été observée.

6. Egalement interpellé par l'OCAI, le Dr P_____, psychiatre traitant de l'assuré, a pour sa part posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen (rapport du 25 août 1998 : pièce 20 fourre 3 OCAI). L'atteinte serait présente depuis le mois de décembre 1996 et aurait engendré une totale incapacité de travail dès le 16 juin 1997. Il ressort du questionnaire complémentaire qu'il a rempli à l'intention de l'OCAI le 6 septembre 1999 que l'épisode dépressif moyen dont était atteint l'assuré était alors dans une phase plus légère, que le patient présentait une faiblesse du bras droit s'accompagnant de tremblements, de maux de tête, mais qu'il ne présentait pas d'idées de dévalorisation et d'inutilité, qu'il était doté d'une personnalité à traits paranoïaques mais qu'il ne souffrait pas de troubles relationnels graves, que des particularités comportementales de nature socio-culturelle, ethnique ou familiale influençaient grandement l'affection, que les troubles psychiques n'étaient pas induits par le surmenage mais réactionnels à des événements de vie, que l'incapacité de travail n'était due à des raisons socio-économiques et/ou conjoncturelles que de manière mineure et enfin, que du point de vue psychique, il n'existait pas de raison justifiant d'une incapacité de travail. Selon lui, une mise en valeur par l'assuré de sa capacité de travail était raisonnablement exigible et une tentative de réinsertion possible ; le refus d'une rente ne libérerait sans doute pas l'assuré de ses troubles psychiques mais on pouvait l'inciter à utiliser à nouveau sa capacité de travail par ce biais ; l'assuré était acceptable pour la société et pour l'entourage au lieu de travail et il serait possible d'exiger un effort de 100%. Le résultat des examens médicaux ne concorderait toutefois pas avec l'avis de l'assuré sur sa capacité de travail (pièce 23 fourre 5 OCAI).

7. Le Dr GRAU, neurologue, consulté par l'assuré pour un canal lombaire étroit, a indiqué dans un rapport daté du 3 décembre 1999 que le patient souffrait de crampes dans les cuisses et les mollets prédominant à droite et ne supportait pas de conserver la station debout de manière prolongée en raison de lombalgies irradiant la face postérieure des membres inférieurs après une demi-heure de marche. Tant l'examen neurologique que l'examen neuro-électromyographique s'étaient révélés normaux. Aucun déficit sensitivo-moteur n'avait été décelé pas plus que de souffrances radiculaires motrices (pièce 25 fourre 3 OCAI).

8. Dans un rapport sommaire daté du 21 mars 2000, le Dr O_____ a fait état d'une aggravation de l'état de son patient (pièce 27 fourre 3 OCAI).

9. Consulté, le médecin-conseil de l'OCAI, dans une note datée du 6 novembre 2000, a relevé la divergence d'opinions entre le médecin-traitant et le psychiatre. Il a conclu que les atteintes physiques ne justifiaient aucun incapacité de travail durable, relevé que le scanner lombaire était pratiquement normal et que les radiographies de la colonne cervicale ne montraient rien de particulier. Il a souligné qu'en 1997 déjà, le Dr L_____ avait estimé que l'assuré pourrait

reprendre un travail à mi-temps et que le psychiatre de son côté l'estimait capable à 100%. Il a émis la supposition que l'état dépressif avait peut-être été un peu plus marqué en 1997, se traduisant par les troubles du sommeil, des céphalées et des troubles fonctionnels et pourrait justifier une incapacité de travail totale mais que l'assuré avait sans doute retrouvé une capacité entière dès le 31 août 1999, date à laquelle il avait consulté le Dr P_____. Il a donc conclu à une incapacité de travail transitoire en raison du problème psychique mais à une capacité retrouvée au moins dès cette date-là, puisque le Dr O_____ n'avait alors prolongé l'arrêt de travail qu'en se référant essentiellement au problème psychiatrique (pièce 29 fourre 3 OCAI).

10. Dans un rapport daté du 4 mars 2001, la Dresse Q_____ a pour sa part attesté de lombo-sciatalgies à bascule d'un canal lombaire étroit étagé et de gonalgies (pièce 30 fourre 3 OCAI). Elle a précisé que l'état était stationnaire depuis septembre 1999 et s'est déclarée dans l'impossibilité de porter un jugement sur la capacité de travail du patient, lequel était déjà en arrêt de travail depuis deux ans lorsqu'il l'avait consultée la première fois. A cet égard, elle a préconisé un stage d'évaluation.

11. Le Dr R_____ a également rendu un rapport en date du 30 mars 2001 (pièce 31 fourre 3 OCAI), confirmant les diagnostics de lombalgies récidivantes, gonalgies, troubles digestifs et état anxio-dépressif. Selon lui, l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible ; en revanche, un travail permettant d'alterner les positions, d'éviter le travail en hauteur, les déplacements sur sol irrégulier, le port de charges supérieures à 5 kg et la marche pourrait être envisagé. Le médecin a toutefois relevé que la motivation du patient pour une reprise du travail ou un reclassement professionnel était faible.

12. Figure également au dossier le rapport établi en date du 23 juillet 2001 par le Dr S_____, neurologue (pièce 33 fourre 3 OCAI). Il conclut à l'absence d'anomalies électro-encéphalographiques et envisage l'hypothèse d'une probable épilepsie. Le médecin estime que la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales, tout en tenant compte de la possibilité que des malaises surviennent. Selon lui, avec un traitement efficace, il pourrait ne pas y avoir de répercussions sur la capacité de travail, à condition d'éviter toute situation dangereuse (pièce 34 fourre 3 OCAI).

13. Un autre neurologue, le Dr T_____, s'est également prononcé le 12 octobre 2001. Il a conclu à une pathologie dépressivo-anxieuse et à des lombalgies persistantes. L'état de santé était alors stationnaire. Selon lui, une amélioration de la capacité de travail serait possible après un aménagement du poste de travail en évitant le port de lourdes charges. Ainsi, une activité de bureau ou un travail très léger pourrait être exigé à raison de 4 heures par jour, voire 8 heures par jour en

position assise. Lui aussi a relevé que la motivation du patient pour reprendre le travail était faible.

14. Le Dr R_____, dans un rapport du 30 novembre 2001, a noté une aggravation de l'état de santé du patient depuis le mois de juin 2001. S'agissant d'une éventuelle reprise du travail, il s'en est référé à l'appréciation des psychiatres, se contentant d'indiquer qu'aucune amélioration ne serait envisageable sur ce plan d'après lui (pièce 36 fourre 3 OCAI). Par courrier du 12 août 2002, il a encore précisé que le patient ne pourrait pas travailler au-delà de 40 à 50%. Il l'encourageait cependant vivement à faire un essai (pièce 39 fourre 3 OCAI).

15. Une observation professionnelle a été pratiquée du 8 avril au 2 juin 2002. Les experts ont conclu à une capacité de travail résiduelle de 75% (rendement de 75% sur un plein temps), voire même de 100% après une période de réentraînement à l'effort. Les capacités physiques de l'assuré seraient compatibles avec un emploi dans le circuit économique. Il a été relevé que l'assuré possédait un bon sens pratique et qu'il pourrait suivre une mise au courant en entreprise. La mise en place d'une mesure d'aide au placement a été préconisée. Les métiers d'aide nettoyeur, d'ouvrier à l'établi, d'ouvrier à l'emballage et au conditionnement ou de surveillant dans un supermarché ont été considérés comme envisageables. L'assuré a effectué un stage d'aide nettoyeur auprès de l'entreprise X_____ (gare aéroport CFF de Cointrin) du 22 au 31 mai 2002. Ce travail, qui requérait de conserver la station debout à plein temps, a permis de conclure à une résistance physique moyenne. L'assuré a été jugé très motivé et qualifié de bon élément. Le poste a été jugé envisageable à condition qu'une pause soit possible toutes les heures. Le rendement a été évalué de 70 à 80%. Un autre stage s'est déroulé du 6 au 17 mai 2002 à la station-service Y_____. Le rendement a été évalué à 40%.

16. L'OCAI, en date du 28 août 2002, a rendu un prononcé aux termes duquel il indiquait avoir l'intention d'octroyer à ce dernier une rente entière d'invalidité à compter du 16 juin 1998, pour une durée limitée, jusqu'au 31 août 1999.

17. Par courrier du 19 septembre 2002, l'assuré a interjeté recours auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité. Il a expliqué que, bien que le prononcé du 28 août 2002 ne lui ait pas été formellement notifié, il souhaitait d'ores et déjà recourir à l'encontre de la décision annoncée. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière à compter du 16 juin 1998 et pour une durée indéterminée.

18. Par courrier du 27 septembre 2002, la Commission cantonale de recours a fait remarquer au conseil de l'assuré que son « recours » était dirigé contre un

prononcé de l'OCAI adressé à la caisse de compensation compétente chargée de calculer le montant de la rente et, dès lors, prématuré.

19. Le 4 novembre 2002, l'OCAI a notifié à l'assuré une décision formelle lui octroyant une rente ordinaire simple à compter du 1er juin 1998 et jusqu'au 31 août 1999. Cette rente a été assortie de rentes complémentaires pour son épouse et ses trois enfants. Il a été admis que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 16 juin 1997, date à laquelle cette incapacité de gain se confondait avec l'incapacité de travail attestée médicalement, de sorte qu'aucune mesure de réadaptation n'entrait en ligne de compte. La limitation de l'octroi de la rente dans le temps a été justifiée par le fait que, selon les rapports médicaux, la santé de l'assuré s'était ensuite améliorée au point qu'il avait recouvré une capacité de gain entière. Ce point avait été confirmé par le stage d'observation professionnelle, à l'issue duquel les experts avaient conclu à une capacité résiduelle de travail de 75% sur un plein temps, voire même de 100% après un stage de réentraînement à l'effort. L'OCAI a exprimé l'avis que le certificat médical délivré par le médecin traitant de l'assuré en date du 12 août 2002 n'apportait aucun élément médical nouveau et ne constituait qu'une appréciation différente, contredite par l'expertise professionnelle. Le degré d'invalidité a été fixé à 35% (revenu sans invalidité en tant que maçon en 2002 : Fr. 58'052.— ; revenu provenant d'une activité raisonnablement exigible en tant qu'aide nettoyeur : Fr. 37'580.-- ; soit un manque à gagner de Fr. 20'472.--).

20. Le 19 novembre 2002, le recourant a formellement interjeté recours contre cette décision.

21. Par courrier du 23 décembre 2002, il a complété ses écritures. Maintenant sa conclusion à l'octroi d'une rente entière d'invalidité de durée indéterminée, il a également conclu à l'octroi de mesures de reclassement professionnel. Il conteste le revenu hypothétique d'invalide retenu par l'OCAI, affirmant que l'appréciation de l'autorité intimée ne tient compte ni de son état de santé ni de sa capacité de travail résiduelle effective ni, enfin, du type d'activité qu'il pourrait exercer. Il allègue que c'est à tort qu'une capacité de travail de l'ordre de 75% a été retenue puisque tous les documents médicaux émanant de spécialistes concluent à une capacité résiduelle de travail nulle, voire tout au plus de 40 à 50% dans une activité adaptée. Il invoque également le stage en entreprise qui aurait selon lui démontré que son rendement serait nettement plus bas dans un circuit économique normal. Enfin, il souligne que les stages qu'il a effectués concernaient le domaine des services et non celui de la production. Il estime que dans cette mesure, ce n'est que dans une place de nettoyeur qu'il a pu réaliser un rendement de l'ordre de 70% sur un plein temps. Selon lui, doit être retenu comme revenu déterminant le salaire statistique relatif aux activités de services, soit un salaire mensuel de Fr. 4'127.-- (ESS 2000 catégorie 4 secteur 3). En retenant une capacité de travail

de 50% au maximum, son revenu annuel s'élèverait ainsi à Fr. 24'762.-- par an. En y appliquant une réduction de 25% pour tenir compte de ses difficultés sur le marché du travail, on aboutirait à un revenu d'invalide hypothétique de Fr. 18'571.—conduisant à un degré d'invalidité de 68%.

22. Invité à se prononcer l'OCAI, dans son préavis du 27 janvier 2003, a conclu au rejet du recours mais proposé, s'il s'avérait que l'assuré rencontrait des difficultés à trouver un travail adapté, de le mettre au bénéfice d'une aide au placement. L'OCAI se réfère au rapport du Dr O_____, médecin traitant, ainsi qu'à ceux du Dr L_____, spécialiste en neurologie. Il invoque également celui du Dr P_____ qui a exprimé l'avis que la mise en valeur par l'assuré de sa capacité de travail était raisonnablement exigible et cela à 100% du point de vue psychique. L'OCAI relève que l'évaluation professionnelle préconisée par les différents médecins consultés a été effectuée et qu'il s'est basé sur les conclusions de cette observation pour prendre sa décision. L'autorité intimée fait valoir que les avis médicaux contenus au dossier concordent pour admettre que l'assuré possède une capacité de travail relativement importante dans une activité adaptée et que l'assuré lui-même ne le conteste d'ailleurs pas. Le stage d'observation professionnelle ayant pour but d'objectiver cette capacité résiduelle de travail a révélé que dans une activité telle que celle d'aide nettoyeur, d'ouvrier à l'établi, dans l'emballage et le conditionnement, de surveillant de supermarché ou de contrôleur d'accès, l'assuré pourrait travailler avec un rendement de 75% sur un plein temps, rendement qui devrait évoluer vers un 100%. L'OCAI souligne que l'observation professionnelle a été réalisée sur la base de constatations effectuées en situation réelle par des spécialistes de la réadaptation et qu'elle a valeur d'expertise pour l'assurance-invalidité, toute autre appréciation médico-théorique ne pouvant rester qu'abstraite. L'autorité intimée justifie enfin l'octroi d'une rente entière limitée dans le temps par le fait qu'on peut admettre une incapacité de travail provisoire sur la base du premier rapport médical établi par le Dr P_____, lequel indiquait cependant dans son dernier rapport que l'état de santé psychique de l'assuré était désormais tout à fait compatible avec une activité professionnelle.

23. Le 1er août 2003, la cause a été transmise au tribunal cantonal des assurances sociales.

24. Le recourant a répliqué que le résumé des avis médicaux auxquels s'est livré l'OCAI est souvent lacunaire. Il conteste posséder une capacité de travail « relativement importante » dans une activité adaptée et soutient ne pouvoir travailler qu'à 40 ou 50% au maximum. Il s'inscrit en faux contre les conclusions de l'observation professionnelle. Il souligne que, selon les rapports de stage, il n'a pu faire face aux différentes tâches requises et que dans ces circonstances il y a

lieu prioritairement de tenir compte des avis médicaux. Enfin, il allègue que son état de santé s'est péjoré depuis la fin de l'année 1999.

25. L'OCAI, dans sa duplique, a admis n'avoir pu effectivement citer tous les avis médicaux contenus au dossier vu le nombre impressionnant de spécialistes consultés par l'assuré. Il relève que les Drs R_____ et U_____ ont certes estimé que l'assuré ne pouvait travailler que 4 heures par jour mais que ces appréciations ne sont pas déterminantes dans la mesure où le Dr R_____ est médecin de famille et ne motive pas son appréciation ; que le Dr T_____, neurologue, a mentionné que les examens pratiqués sur la personne de l'assuré étaient tout à fait normaux ; que les conclusions du Dr T_____ quant à la capacité de travail de l'assuré n'apparaissent pas très objectives dans la mesure où il estime l'assuré capable en particulier de travailler quotidiennement 8 heures assis et 2 heures debout ; que, qui plus est, les avis des Drs R_____ et T_____ ne concordent pas avec l'évaluation professionnelle effectuée ; qu'enfin, la déduction de 25% du salaire hypothétique réclamée par l'assuré n'intervient pas de manière générale mais en fonction des circonstances du cas particulier et qu'en l'occurrence, un abattement de 15% paraît généreux si l'on tient compte du fait que la diminution du rendement a déjà été prise en compte lors de l'appréciation résiduelle de travail et que l'âge de l'assuré n'est pas en soi un élément à prendre en compte par l'assurance-invalidité. Pour le reste, l'autorité intimée a persisté dans ses conclusions.

DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), composé de cinq juges, dont un président et un vice-président, cinq suppléants et seize juges assesseurs (art. 1 let. r et 56T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des seize juges assesseurs par le Tribunal fédéral (TF) le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente (art. 162 LOJ) permettant au TCAS de siéger sans assesseurs, à trois juges titulaires, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

   Statuant sur un recours de droit public, le TF a, dans un arrêt rendu le 1er juillet 2004, confirmé que cette disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était, de surcroît, conforme au droit fédéral (ATF 130 I 226).

2. 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, notamment sur les contestations en matière d'AVS-AI (cf. article 56 V LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. 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 applique les dispositions en vigueur au moment où se sont produits les faits déterminants (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 (LAI ; 831.20) et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (RAI ; 831.201). Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

4. Le recours, interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, est recevable, conformément aux art. 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS), dans leur teneur valable jusqu'au 31 décembre 2002.

5. L'invalidité est définie par la loi comme 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 (art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain consiste en la diminution moyenne prévisible des possibilités de gain de la personne concernée sur l'ensemble du marché du travail équilibré pouvant entrer en considération pour elle.

   L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. En ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyer une demi-rente et, si son invalidité atteint 66 2/3 %, une rente entière (art. 28 al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre droit à une demi-rente (art. 28 al. 1bis LAI).

   Pour les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison de revenus : on compare le salaire 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 - à celui qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison doit en règle générale se faire de telle manière que les

deux revenus hypothétiques soient chiffrés le plus exactement possible et mis en parallèle, leur différence permettant de déterminer le degré d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Si leur montant ne peut être déterminé avec précision, il conviendra de les évaluer selon les éléments connus dans le cas particulier et de comparer entre elles les valeurs approximatives ainsi retenues (VSI 2000 consid. 1b 84; VSI 2000 consid. 1a 316). Sont déterminants pour la comparaison des revenus les rapports existant au moment de la naissance du droit à la rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222, 128 V 174 ; cf. aussi ATFA I 440/01 du 22 août 2002 et ATFA I 761/01 du 18 octobre 2002).

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur les rapports adressés par le(s) médecin(s) traitant(s) à l'office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les centres d'observation médicale de l'AI, les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré, à indiquer quelles activités ce dernier est incapable d'exercer et dans quelle mesure. Les données médicales constituent en outre 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).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge évalue les preuves de manière complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Il doit cependant examiner objectivement tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à sa disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351).

L'élément décisif pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni le fait qu'il soit désigné comme un rapport ou une expertise médicale, mais bel et bien son contenu. 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 consid. 1c et réf.). L'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (J. MEINE,

L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?, in Schweizerische Versicherungszeitschrift, 67/1999, p. 37ss). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BÜHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567ss).

6. En l'espèce, l'atteinte à la santé est clairement établie par les multiples rapports médicaux versés au dossier : l'assuré a été victime à plusieurs reprises de malaises d'origine indéterminée entraînant des pertes de connaissance, probablement dues à des crises de panique associées à de l'hyperventilation. Un état dépressivo-anxieux a été diagnostiqué. Il a été qualifié de grave par le Dr L_____ en juin 1997. Ce même médecin préconisait cependant, au mois d'août 1997, après une amélioration de l'état de son patient, la reprise rapide du travail à 50% dès septembre 1997, puis à 100% à compter d'octobre 1997. L'état dépressif a d'ailleurs été qualifié de moyen par les Drs M_____ et N_____, des HUG, au mois de septembre 1997.

   Reste à déterminer l'incidence de cette atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assuré.

7. Les différents rapports médicaux versés au dossier concordent sur le fait que l'assuré a été en incapacité totale de travail à compter du 16 juin 1997. Il semble toutefois que son état se soit ensuite amélioré à tel point que le Dr L_____ a préconisé la reprise d'une activité dès le mois de septembre 1997. Cette amélioration est confirmée par le fait que les Drs M_____ et N_____ ont qualifié l'état dépressif de moyen au mois de septembre 1997, ce qui a été confirmé par le Dr P_____ en août 1998. En septembre 1999, ce dernier médecin a en outre précisé que, du point de vue psychique, il n'existait pas de raison justifiant une incapacité de travail. Selon lui, une mise en valeur de la capacité de travail par l'assuré était raisonnablement exigible et une tentative de réinsertion possible, à 100%.

   La Dresse Q_____ s'est quant à elle déclarée dans l'impossibilité de juger de la capacité de travail du patient et le Dr R_____ a tiré la conclusion qu'un travail permettant d'alterner les positions et d'éviter les mouvements en hauteur, les déplacements sur sol irrégulier, le port de charges supérieures à 5 kg et la marche pourrait être envisagé.

   Ces constatations ont été appuyées par le Dr S_____, neurologue, selon lequel, avec un traitement efficace, il pourrait même ne pas y avoir de répercussions sur la capacité de travail, à condition d'éviter toute situation dangereuse.

Ces conclusions sont partagées par le Dr T_____, neurologue, qui estime qu'après un aménagement du poste de travail, une amélioration de la capacité de travail serait possible, et permettrait même à l'assuré de travailler à raison de huit heures par jour en position assise. Certes, le Dr R_____, à la fin du mois de novembre 2001, a émis l'hypothèse que le patient ne pourrait pas travailler au delà de 50% mais il l'encourageait toutefois vivement à faire un essai. Il convient de relever que l'observation professionnelle a été pratiquée postérieurement à cet avis et a permis de constater que l'assuré disposait encore d'une capacité de travail résiduelle de 75%, voire même de 100% après une période de réentraînement à l'effort.

Contrairement aux arguments du recourant, le stage d'aide nettoyeur qu'il a effectué auprès de l'entreprise X_____ - alors même que l'activité n'était pas adaptée puisqu'elle l'obligeait à rester debout toute la journée - a confirmé que son rendement pouvait atteindre 70 à 80%.

Dès lors, compte tenu des avis concordants des médecins et des stages effectués, il paraît justifié de retenir que l'assuré pourrait exercer une activité adaptée à 100%.

8. A défaut d'activité lucrative concrète exercée par l'assuré, il convient d'évaluer son taux d'invalidité au moyen des données salariales publiées par l'office fédéral de la statistique. D'après l'ESS, le salaire mensuel brut (valeur centrale) des hommes effectuant une activité simple et répétitive de service en 1998 était de Fr. 4'236.- par mois (ESS 1998, TA3, niveau de qualification 4). Au regard du large éventail d'activités de ce type que recouvrent le secteur des services, il convient de retenir qu'un nombre suffisant d'entre elles sont adaptées au handicap de l'assuré.

Ce salaire hypothétique doit être rectifié pour tenir compte du fait que les salaires standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 heures par semaine, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 1998 (41,9 heures ; cf. la Vie économique 12/2001, table D9.2 p. 80). Par ailleurs, il convient encore de prendre en considération l'évolution des salaires nominaux entre 1998 et 1999 (indice pour les hommes exerçant une activité en 1998 : 1832 ; en 1999 : 1835 ; indices nominaux par catégorie absolue de travailleurs). Les adaptations nécessaires conduisent à un montant de Fr. 53'333.70 par année, dont il convient de retrancher 25% afin de tenir compte des circonstances liées à la personne de l'assuré et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (en l'espèce, entrent plus particulièrement en considération l'âge de l'assuré, l'obligation qui est la sienne de faire régulièrement des pauses et une nécessaire période de réentraînement à l'effort). On obtient ainsi un revenu annuel avec invalidité de Fr. 40'000.30.

Comparé au revenu que l'assuré aurait pu réaliser sans invalidité en 1999, soit Fr. 54'497.10 (Fr. 54'408.-- [Fr. 4'534.- x 12] en 1998, réactualisé en 1999), cela conduit à un taux d'invalidité de 26, 6%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

9. En revanche, ce taux est suffisant pour donner droit à des mesures de reclassement. En effet, l'art. 8 al. 1 LAI prévoit pour les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente le droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Au nombre des mesures de réadaptation envisageables, figurent notamment les mesures médicales, les mesures d'ordre professionnel et la remise de moyens auxiliaires.

Pour déterminer si une mesure est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou à favoriser l'usage de la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 101 V 101ss consid. 2), qui ne seront pas allouées si elles sont selon toute vraisemblance vouées à l'échec. En effet, des mesures de réadaptation ne sont à la charge de l'assurance-invalidité que s'il existe une proportion raisonnable entre leur coût et leur utilité prévisible.

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend une telle mesure nécessaire et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement.

Il convient encore de préciser qu'un taux d'invalidité inférieur à 20% n'ouvre en principe pas droit à des mesures de reclassement professionnel (ATF 124 V 110 consid. 2b). En effet, est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté parce que l'atteinte à la santé est, par sa nature et sa gravité, telle que l'exercice total ou partiel de l'activité lucrative antérieure ne peut être exigé. Le degré d'invalidité doit atteindre un certain niveau, ce qui est le cas, selon la jurisprudence, lorsque la personne subit une perte de gain permanente ou durable liée à l'invalidité de 20% environ sans formation professionnelle supplémentaire (VSI 2000 consid. 1 p. 64; VSI 2000 consid. 2b p. 27 ; RCC 1984 p. 95)

En l'occurrence, l'argument de l'autorité intimée selon lequel le succès des mesures de réadaptation serait très compromis par le défaut de motivation relevé par plusieurs médecins ne doit pas suffire à écarter ces dernières d'entrée de cause. En effet, le Tribunal constate que lors de son stage, l'assuré a été jugé « très motivé » et qualifié de « bon élément ». Il se justifie dès lors de lui accorder des mesures de réadaptation professionnelle sous forme de reclassement, quitte à

revenir sur cette décision s'il faisait par la suite réellement preuve d'un manque de collaboration.

Eu égard aux considérations qui précèdent, il convient d'admettre partiellement le recours et de donner acte à l'autorité intimée de son accord de mettre l'assuré au bénéfice d'une aide au placement.

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. L'admet partiellement en ce sens que le droit à des mesures de reclassement est reconnu à Monsieur D_____ ;

3. Donne acte à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de son accord de mettre l'assuré au bénéfice d'une aide au placement ;

4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de Fr. 500,-- à titre de participation à ses frais et dépens ;

5. 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).

La greffière : La présidente :

Janine BOFFI Karine STECK

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