RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1809/02 **ATAS/749/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 28 septembre 2004

1ère Chambre

En la cause

Monsieur M_____ recourant

contre

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

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Isabelle DUBOIS et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né en juillet 1954, rectificateur-polisseur de formation, était inscrit au chômage depuis 1991. Sa dernière activité lucrative date de 1996 et il s'agissait d'une occupation temporaire en tant qu'aide-jardinier.

2. L'assuré a été victime d'un accident du travail, le 23 juillet 1997 : il a souffert d'une entorse du ligament latéral interne du genou gauche associée à une fracture ostéochondrale non déplacée du condyle fémoral externe, ainsi que d'une entorse de la cheville gauche avec déchirure du ligament latéral externe.

3. Le 17 mars 1998, il a déposé une demande de prestation AI auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un placement et/ou d'une rente.

4. Il ressort du rapport relatif à l'IRM du 28 novembre 1997 que la consolidation de la fracture précédemment citée était satisfaisante.

5. Dans son rapport du 20 juillet 1998, le Docteur A_____, médecin-traitant de l'assuré depuis 1994, a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis le 23 juillet 1997. Il posait alors les diagnostics d'état dépressif secondaire à son état de chômeur et de status après traumatisme du genou et de la cheville gauches. Le médecin joignait à son rapport un courrier du 30 juin 1998 rédigé par le Docteur B_____, chirurgien orthopédiste, qui suivait l'assuré précité.

6. Selon ce médecin, le pronostic concernant une reprise d'activité professionnelle apparaissait difficile en raison de la chronicité des douleurs qui paraissaient disproportionnées par rapport aux différents examens physiques arthroscopiques et radiologiques que le patient avait subis jusqu'alors. Il relevait également que plus aucun traitement thérapeutique n'était entrepris, hormis l'administration d'anti-inflammatoires.

7. Selon le rapport de la Clinique X_____ du 24 avril 1998, aucune capacité de travail n'a pu être obtenue durant le séjour. Il est indiqué que la prise en charge de l'assuré a été difficile, ce dernier ayant manqué d'initiative pendant les traitements. De plus, une part d'accentuation des symptômes a été également constatée chez l'assuré. Toutefois, il existait une lésion cartilagineuse objectivable.

8. Le 19 août 1998, l'assuré est victime d'un accident de la circulation.

9. Dans son rapport du 26 août 1998, la SUVA a admis une incapacité de travail totale de trois à quatre semaines, au maximum, depuis le 19 août 1998. Il est également relevé une persistance d'un syndrome douloureux en nette discrépance avec les constatations objectives, respectivement sans substrat anatomique. Une exagération était suspectée.

10. Selon le rapport établi par la Permanence médico-chirurgicale Chantepoulet, le 3 septembre 1998, il a été constaté un hématome thoracique postéro-inférieur gauche, sans lésion osseuse visible. L'incapacité de travail a été évaluée à 100% du 19 août 1998 au 25 août 1998.

11. Par décision du 21 septembre 1998, la SUVA a indiqué à l'assuré que le versement d'indemnité journalière et de soins médicaux en relation avec l'accident du 23 juillet 1997 allait être arrêté, considérant que ledit accident ne jouait plus aucun rôle dans les troubles qu'il présentait.

12. Le 13 avril 1999, l'assuré a été, à nouveau, victime d'un accident de voiture.

13. Dans son rapport intermédiaire du 27 septembre 1999, le Docteur A_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Sur le plan de son diagnostic, il précisait que son patient souffre de cervicalgies post-traumatiques et de troubles fonctionnels. L'incapacité de travail est évaluée à 100% depuis le 13 avril 1999.

14. Il ressort du rapport du Docteur B_____ daté du 3 février 2000 que l'état de santé du recourant est stationnaire. Il était, toutefois, difficile à ce médecin de fournir des indications sur la capacité de travail de Monsieur M_____. Il estimait qu'une activité légère sans port de charges et avec des déplacements limités serait envisageable en raison de la persistance de douleurs au repos mais essentiellement à l'effort ou à la marche après environ 45 à 60 minutes. Il diagnostiquait ainsi un status après entorse du genou gauche avec fracture ostéochondrale du condyle fémoral externe ainsi qu'un status après entorse de la cheville gauche.

15. Selon l'expertise effectuée par les Docteurs C_____ et D_____ du Centre Multidisciplinaire de la Douleur datée du 5 mai 2000 et requise par l'assurance ALPINA, aucune séquelle des suites de l'accident du 13 avril 1999 n'a été constatée chez l'assuré. Il est relevé que l'examen clinique est difficilement effectué, principalement à cause d'une collaboration très difficile. Enfin, au jour de l'expertise, la capacité de travail de l'assuré est considérée entière, en ce qui concerne les conséquences de l'accident du 13 avril 1999, les

troubles encore présentés par l'assuré n'ayant aucun lien avec l'accident. Il est estimé qu'il ne souffre pas de troubles psychiques, mais une tendance à l'exagération n'a pas été exclue. Il a été relevé une attitude dissimulatrice et suspectant un processus de type sinistrose.

16. Selon une note datée du 11 décembre 2000, le Docteur E_____, médecin-conseil de l'OCAI, a estimé que physiquement une activité adaptée, depuis fin 1997, voire l'été 1998, était tout à fait possible à 100% en relation avec le genou et certainement aussi avec l'état de la colonne cervicale en raison de l'absence de fait nouveau. Il relève également l'existence d'un état dépressif chronique, tout en précisant que celui-ci n'avait pas empêché l'assuré de travailler normalement durant de nombreuses années. Il considère ainsi que l'évolution semble aller vers une sinistrose de rente, l'assuré utilisant l'accident pour obtenir une compensation.

17. Par décision du 15 mars 2002, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré relative à des mesures professionnelles, considérant que l'assuré était parfaitement apte à reprendre une activité lucrative, depuis le mois de septembre 1998, sans avoir besoin d'une nouvelle formation ou d'un complément de formation. De plus, il est ajouté que de telles mesures n'engendreraient pas une amélioration notable de sa capacité de gain.

18. Par prononcé du 18 mars 2002, l'OCAI a octroyé une rente AI entière du 23 juillet 1998 au 30 septembre 1998, considérant que, depuis le mois de septembre 1998, l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail.

19. Le 22 avril 2002, le recourant a interjeté recours contre la décision de l'OCAI du 15 mars 2002, s'estimant incapable de reprendre une activité professionnelle en raison de ses problèmes de santé. Il produit deux certificats médicaux, l'un du Docteur A_____ daté du 21 janvier 2001 selon lequel il est en incapacité totale de travail depuis le 23 juillet 1997, et le second du 29 mai 2002 établi par le Docteur F_____, psychiatre, prononçant un arrêt de travail de 100% pour une période indéterminée.

20. Dans son préavis du 12 août 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours, les arguments avancés par le recourant en instance ne lui permettant pas de faire une appréciation différente du cas. L'Office a par ailleurs relevé que le recourant semblait remettre en cause non pas la décision de refus de mesures professionnelles, mais plutôt la limitation de sa rente au 30 septembre 1998, pour lequel seul un prononcé avait, en l'état, été rendu.

21. Le Tribunal de céans a, par arrêt du 16 décembre 2003, rejeté le recours.

22. L'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal fédéral des assurances (TFA); suite à l'annulation de l'élection des seize juges assesseurs du Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève par le Tribunal fédéral, le 27 janvier 2004, le TFA, par arrêt du 5 avril 2004, a annulé le jugement rendu par le Tribunal de céans et renvoyé la cause afin qu'il statue dans une composition conforme à la loi.

EN 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, 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 1er 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).

   C'est dans la composition prévue par l'art. 162 LOJ que le Tribunal de céans statue dans la présente cause.

2. Conformément à l'art. 3 al. 3 de la loi genevoise modifiant la loi sur l'organisation judiciaire (LOJ) du 14 novembre 2002, entrée en vigueur le 1er août 2003, la présente cause, introduite le 22 avril 2002 devant la Commission cantonale de recours en matière d'AVS-AI, a été transmise d'office au Tribunal de céans (cf. art. 56 V al. 1 let. a ch.2 LOJ).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

   Le recours, interjeté en temps utile, est recevable (articles 84 LAVS et 69 LAI).

La cause a été transmise d'office au présent Tribunal conformément à l'article 3, al. 3 de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la loi sur l'organisation judiciaire (LOJ).

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) entrée en vigueur le 1er janvier 2003 n'est pas applicable au cas d'espèce conformément au principe selon lequel les règles pertinentes sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1).

4. Selon l'art. 4 LAI :

> « L'invalidité au sens de la présente loi 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 ».

L'art. 8 al. 1 LAI indique que :

> « Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaire et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Ce droit est déterminé en fonction de la durée d'activité durable ».

Selon l'art. 17 LAI :

> « L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable ».

Il y a droit au reclassement lorsque l'atteinte à la santé atteint des proportions telles que la reprise de l'activité lucrative antérieure n'est pas raisonnablement exigible ou qu'elle a pour conséquence une diminution durable de la capacité de gain d'environ 20%, ou alors lorsqu'une telle situation est imminente. Le pourcentage est calculé sur la base des mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (RCC 1984 p. 95 ; VSI 2000 p. 63).

Le reclassement n'est pas nécessaire, du point de vue de l'invalidité, si la personne assurée a été réadaptée de manière suffisante et acceptable ou s'il est

possible de lui offrir, sans formation supplémentaire, un poste de travail approprié et dont on peut attendre d'elle qu'elle l'accepte (n°4013 de la Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel).

Par ailleurs, l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-invalidité doit faire tout ce que l'on est en droit d'attendre de lui pour diminuer les effets de son invalidité en tirant parti de sa capacité résiduelle de travail, fût-ce au prix d'un effort considérable (ATF 123 V 96 consid. 4c ; 113 V 28 consid. 4a et les références citées). En vertu de ce principe, le devoir d'auto-réadaptation, en tant qu'expression de l'obligation générale de réduction du dommage, précède non seulement le droit à la rente mais aussi le droit légal à la réadaptation (RCC 1987 p. 458).

5. En l'occurrence, suite à l'accident de travail du 23 juillet 1997, le recourant a souffert d'une entorse du ligament latéral interne du genou gauche associée à une fracture ostéochondrale non déplacée du condyle fémoral externe, ainsi que d'une entorse de la cheville gauche avec déchirure du ligament latéral externe.

   Selon le rapport X_____, aucune capacité de travail n'a pu être mise en évidence en raison du manque d'initiative et de l'accentuation des symptômes par l'assuré.

   Selon l'IRM du 28 novembre 1997, la consolidation de la fracture est satisfaisante. La SUVA a d'ailleurs arrêté tout versement, considérant que l'accident n'avait plus de rôle dans les troubles présentés par Monsieur M_____. Enfin, il a été relevé une persistance d'un syndrome douloureux allégué important mais très diffus avec une forte discrépance entre les allégations et les constatations cliniques.

   Selon le Docteur A_____, le recourant souffre de cervicalgies post-traumatiques et est en incapacité de travail de 100% depuis l'accident de la circulation intervenu le 13 avril 1999.

   Il convient de relever que dans le cadre de l'assurance-accident, la SUVA n'a jamais constaté d'incapacité de travail durable suite aux différents accidents subis par le recourant.

   De même, les experts du Centre multidisciplinaire de la douleur relèvent qu'aucune séquelle des suites de l'accident du 13 avril 1999 n'a été mise en évidence et que les plaintes du recourant sont polymorphes et ne correspondent pas à un tableau de lésion post whiplash. La capacité de travail est ainsi totale en

ce qui concerne les conséquences de cet accident, tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique.

Il sied de relever à ce stade qu'en vertu de la jurisprudence constante du TFA, 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 122 V 161 consid. 1c e les références citées).

6. Force est de constater, au vu de ce qui précède, que le recourant ne remplit en l'état pas la condition relative à l'existence d'une diminution durable de la capacité de gain d'environ 20%, comme l'exige la loi.

C'est donc à bon droit que l'OCAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles.

Certes, selon le Docteur F_____, psychiatre, l'état de santé du recourant nécessite-t-il un arrêt de travail à 100%, dès le 29 mai 2002. L'incapacité de travail étant, cependant, survenue après la notification de la décision litigieuse, il ne peut en être tenu compte dans la présente procédure. Il convient, toutefois, de rappeler que le recourant peut déposer une nouvelle demande auprès de l'OCAI, s'il s'avère que son état de santé s'est aggravé depuis la décision litigieuse.

Il sied enfin de relever qu'il n'y a pas lieu de statuer ici sur le droit à la rente, celle-ci ne faisant, pour l'heure, l'objet que d'un prononcé.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

conformément à la disposition transitoire de l'article 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 présent arrêt est notifié aux parties ainsi qu'à l'office fédéral des assurances sociales par le greffe