RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1917/2003 **ATAS/272/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 15 mars 2007

En la cause

Monsieur B_____, c/o Madame M_____, service des tutelles d'adultes, sis boulevard Georges-Favon 26-28, case postale 5011, GENEVE	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, GENEVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Juliana BALDE et Valérie MONTANI, juges

EN FAIT

1. Monsieur B_____ est né le 28 novembre 1937. Après un apprentissage de vendeur, il a obtenu son certificat fédéral de capacité (CFC), puis a travaillé comme employé de banque, facteur, employé d'entretien et chauffeur-livreur d'imprimés.

2. Le 29 avril 2000 - soit près de deux ans et demi avant l'âge de la retraire -, il a déposé auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) une demande de prestations visant à un reclassement dans une nouvelle profession. Il a invoqué une atteinte des disques de la colonne vertébrale suite à un accident survenu en 1970. Il a brièvement expliqué qu'il ne pouvait plus ni porter de lourdes charges ni travailler en raison de ses douleurs dorsales.

3. Dans un bref rapport rédigé le 17 décembre 2001, le Dr B. A_____ a indiqué avoir brièvement suivi l'assuré pendant six mois et n'avoir pas constaté de maladie ayant une répercussion permanente sur sa capacité de travail.

4. Après avoir à plusieurs reprises demandé en vain des renseignements à l'assuré, l'OCAI, par décision du 11 janvier 2002, a rejeté sa demande de prestations au motif que l'assuré n'avait pas rempli son obligation de collaborer. Il a été rappelé qu'une lettre recommandée lui avait été adressée le 16 juillet 2001 et que son attention avait alors été attirée sur les conséquences de son inaction.

5. Par courrier du 28 janvier 2002, l'assuré a expliqué qu'il avait déménagé et changé de médecin traitant.

6. Sur la base de ces explications, l'OCAI a repris l'instruction du dossier et demandé des renseignements au nouveau médecin traitant, la Dresse B_____.

7. Il ressort du rapport établi le 28 mars 2002 par la Drsse B_____ que l'assuré est atteint de lombalgies chroniques non déficitaires sur discarthrose sévère L5-S1 et discopathie débutante L4-L5 depuis 1975. S'y sont ajoutés une scoliose dorso-lombaire légère à convexité gauche et un état dépressif réactionnel à des problèmes financiers et conjugaux en 2001. Ont été également mentionnés à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : une bronchite chronique sur tabagisme actif, une dyslipidémie, une pré-obésité, un status post cure hernie inguinale droite et un ancien alcoolisme.

   Le médecin a estimé la capacité de travail en tant que chauffeur livreur à 0% depuis le 8 juin 2001. Elle a qualifié l'état de santé de son patient de stationnaire, expliqué qu'il se plaignait de lombalgies une à deux fois par mois et que ces douleurs l'empêchaient de porter des charges lourdes et lui occasionnaient des troubles du sommeil. Le médecin a déclaré qu'il lui était difficile de faire un pronostic dans la mesure où l'assuré ne travaillait plus mais qu'il était fort probable que s'il exerçait

encore son travail de chauffeur livreur, les épisodes de lombalgies et lombosciatalgies seraient fréquents et invalidants.

8. Le 22 juillet 2002, la Drsse C_____, du Service Régional Médical AI (SMR Léman) a préconisé un examen multidisciplinaire.

9. Un examen clinique bidisciplinaire a eu lieu le 5 mars 2003. A cette occasion, l'assuré a été examiné par le Dr D_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et par la Drsse E_____, psychiatre.

   L'assuré rapporte ses plaintes à un accident de la route survenu aux environs de 1975. Son véhicule a alors été percuté par l'arrière. Au début des années 80, il s'est mis à ressentir des douleurs lombaires. Il a alors présenté quelques épisodes de blocage lombaire aigu. La symptomatologie douloureuse qui prévaut depuis lors - qui semble avoir peu à peu augmenté au fil du temps - est faite de douleurs lombaires basses irradiant parfois le long du bord externe du membre inférieur droit jusqu'au niveau de la cheville lorsque l'intéressé est fatigué. Les douleurs lombaires augmentent lorsque l'assuré reste assis plus d'une demi-heure, ce qui l'oblige à se lever et si possible à s'étendre. Les douleurs augmentent de manière majeure lors de l'antéflexion du tronc. L'assuré n'annonce pas de douleurs à la marche sauf si elle excède une demi-heure environ.

   Il a encore été noté qu'en 1980, suite à son premier divorce, l'assuré a développé un état anxieux qui a nécessité l'introduction d'un traitement médicamenteux anxiolytique par son médecin traitant. Il n'a cependant jamais bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ou hospitalière. Au moment de l'examen, il ne bénéficiait pas non plus d'une traitement médicamenteux psychotrope. Ses plaintes sont essentiellement somatiques.

   Il apparaît que le travail a été arrêté à une date que l'assuré n'arrive pas à préciser pour cause de chômage et non en raison d'une aggravation de ses douleurs.

   A l'examen clinique, ont été relevés de discrets troubles de la statique rachidienne et une limitation significative de la mobilité du rachis lombaire, surtout dans le plan sagittal. En revanche, aucune anomalie à caractère radiculaire irritatif ou déficitaire aux membres inférieurs n'a été constatée. La radiographie a révélé des lésions dégénératives significatives au niveau lombaire bas. Les médecins ont conclu à une bonne cohérence entre les plaintes alléguées, les constatations cliniques et les constatations radiologiques. En revanche, ils ont exclu tout argument permettant d'admettre que l'accident de la route incriminé par l'assuré ait joué un rôle quelconque dans la genèse de ses plaintes.

   Selon les médecins, la problématique dégénérative lombaire présentée par l'assuré entraîne des limitations fonctionnelles qui méritent d'être respectées mais n'induit pas d'incapacité de travail dans une activité de vendeur ou d'employé de bureau. En

revanche, il y a incapacité de travail de 50% au maximum dans l'activité de chauffeur-livreur d'imprimés, activité exercée en dernier lieu.

A l'examen clinique, aucune symptomatologie dépressive n'a été décrite. Les médecins ont par ailleurs relevé que le traitement médicamenteux de l'assuré consistait uniquement en anti-inflammatoires. L'examen clinique psychiatrique n'a retenu ni dépression majeure, ni décompensation psychotique, ni anxiété généralisée, ni troubles phobiques ni troubles de la personnalité. Les trait de personnalité immature sont discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. L'environnement psycho-social est intact.

En conclusion, les médecins ont retenu à titre de limitations fonctionnelles : la nécessité de pouvoir alterner les positions assise et debout une fois par heure, l'exclusion du soulèvement régulier de charges d'un poids excédant huit kilos, du port régulier de charges d'un poids excédant quinze kilos et de la position en porte-à-faux statique prolongée du tronc. Concernant la capacité de travail exigible, en l'absence de comorbidité psychiatrique, elle a été déterminée uniquement par la problématique lombaire et par les limitations fonctionnelles qui en découlent. Elle a été évaluée à 100% dans une activité de vendeur en confection ou d'employé de bureau et à 50% dans une activité de chauffeur livreur d'imprimés.

Des mesures de reclassement professionnel ont été écartées vu l'âge de l'assuré, mais également vu ses compétences existantes dans les activités adaptées à son handicap physique.

10. Le 21 mai 2003, la division de réadaptation professionnelle a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré en comparant le salaire qu'il aurait réalisé en 2002 sans invalidité comme chauffeur livreur en publicité (salaire annuel de 1996 indiqué par la FTMH : 37'115 fr., équivalent à 39'601 fr. 70 en 2002) au revenu qu'il aurait réalisé la même année comme vendeur, soit 33'738 fr. 40 (salaire selon ESS 2000 : 3'608 x 12 = 43'296 fr. en 2000, soit 44'984 fr. 50 en 2002, avec réduction maximale de 25% pour tenir compte de l'âge de l'assuré - âgé de 64 ans en 2002 - et de ses limitations fonctionnelles).

11. Par décision du 22 mai 2003, l'OCAI a rejeté la demande de prestations au motif que si l'activité de chauffeur-livreur n'était effectivement plus exigible de l'assuré qu'à 50%, sa capacité de travail dans l'activité de vendeur restait intacte. Or, il était en possession d'un CFC de vendeur et bénéficiait de longues années d'expérience dans ce domaine. L'OCAI a conclu à un taux d'invalidité de 14,8%, insuffisant pour ouvrir droit à des prestations.

12. Par courrier du 3 juin 2003, l'assuré a formé opposition à cette décision en alléguant qu'il ne pouvait marcher qu'avec difficulté.

13. Par décision sur opposition du 5 septembre 2003, l'OCAI a confirmé sa décision initiale. Il a fait remarquer que la capacité résiduelle de travail de l'assuré avait été déterminée suite à un examen approfondi qui avait permis de définir précisément l'atteinte à la santé, les affections en cause et leurs répercussions fonctionnelles.

14. Par courrier du 26 septembre 2003, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il fait valoir que même en tant que vendeur, il aurait du mal à travailler.

15. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 2 décembre 2003, a conclu au rejet du recours en se référant au rapport d'examen clinique bi-disciplinaire effectué par le service médical régional AI.

16. A noter que par courrier du 28 janvier 2004, l'OCAI a remis au service du Tuteur général copies de ses décisions des 22 mai 2003 et 5 septembre 2003.

17. Par ordonnance du 18 mai 2004, le Tribunal tutélaire a prononcé l'interdiction de l'assuré et désigné Madame M_____ aux fonctions de tutrice de l'intéressé.

18. Copie de cette ordonnance a été communiquée au tribunal de céans le 4 janvier 2006.

19. Un délai a alors été imparti au 28 février 2006 - prolongé au 24 mars puis au 31 mai 2006 - à Madame M_____ pour consulter le dossier de l'assuré et faire éventuellement des observations.

20. La tutrice du recourant s'en est finalement rapportée à justice.

21. Par ordonnance du 12 février 2007, le Tribunal de céans a demandé l'apport du dossier tutélaire. Les éléments contenus dans ce dossier seront repris, en tant que de besoin, dans la partie "En droit" du présent jugement.

22. Un délai a été imparti à l'intimé pour consulter ce dossier, à l'issue duquel la cause a été gardée à juger.

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.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 5 septembre 2003 - concernant une demande de prestations déposée en 2000 - à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. a) Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

   b) Aux termes de l'art. 4 LAI, 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 (cf. également l'art. 8 LPGA).

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

   c) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par

une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb et cc).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l’administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s’applique aussi bien en procédure administrative qu’en procédure de recours de droit administratif, l’administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu’en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports

médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

6. En l'espèce, le rapport d'examen bi-disciplinaire établi par le SMR peut se voir reconnaître entière valeur probante dans la mesure où les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, où il se base sur des examens complets, et prend en considération les plaintes exprimées par le recourant.

   Il apparaît également qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et enfin, les conclusions des experts sont motivées et convaincantes. Ledit rapport n'est d'ailleurs pas contredit par celui de la Dresse B_____ puisque cette dernière n'a pas examiné la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée et n'a exclu que la reprise de l'activité de chauffeur-livreur - également admise par le SMR.

   La décision de reconnaître à l'assuré une pleine capacité de travail dans l'activité de vendeur - qu'il a par ailleurs exercée durant de longues années - parait tout à fait justifiée, compte tenu de la réduction maximale de 25% dont l'OCAI a tenu compte pour fixer le salaire après invalidité.

   Le Tribunal tutélaire ayant, par ordonnance du 23 décembre 2003, privé provisoirement l'assuré de l'exercice de ses droits civils, et par ordonnance du 18 mai 2004, prononcé son interdiction, le Tribunal de céans a souhaité vérifier dans le dossier tutélaire si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé de façon a péjorer sa capacité de travail entre le 5 mars 2003 - date de l'examen bi-disciplinaire - et le 22 mai 2003 - date de la décision litigieuse de l'OCAI. Il apparaît à la lecture du dossier tutélaire que l'interdiction a été prononcée sur la base de l'art. 370 du code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC), lequel permet de fournir un tuteur à tout majeur qui, par ses prodigalités, son ivrognerie, son inconduite ou sa mauvaise gestion, s'expose, lui ou sa famille, à tomber dans le besoin. Dans le cas du recourant, il est apparu que ce dernier, qui logeait à l'hôtel depuis plusieurs mois avec son épouse, était dans l'incapacité de respecter ses engagements financiers, de sorte que le couple risquait de se retrouver à la rue, qu'il avait au surplus contracté plusieurs amendes au nom de son épouse auprès du service des contraventions, dont il ne s'était pas acquitté et que les difficultés qui ont entraîné les mesures tutélaires étaient de nature sociale et économique. Il ne ressort pas du dossier tutélaire que l'état de santé proprement dit de l'assuré se serait dégradé depuis le moment auquel il a été procédé à l'examen bi-disciplinaire, d e sorte que, le recours, mal fondé, sera rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière:	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

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