RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1919/2004 **ATAS/158/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

2ème chambre

du 8 mars 2005

En la cause

Monsieur W_____, comparant par Me Saskia DITISHEIM, en l'étude de laquelle il élit domicile — Recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à Genève. — Intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur W_____, né en 1958, serrurier-constructeur de formation, a été engagé en qualité de chauffeur auprès des Transports publics genevois (ci-après : TPG) le 1er mars 1980. Entre 1984 et 1994, toujours au sein des TPG, il a travaillé en qualité de soudeur de voie.

2. En 1992, suite à une fracture de la jambe droite ouverte avec plaie profonde, il a été opéré par enclouage centro-médullaire et greffe cutanée. Une incapacité totale de travail a été déclarée du 1er avril au 14 juin 1992 et de 50% du 15 au 21 juin 1992. Il a repris son activité professionnelle à 100% dès le 22 juin 1992, selon le certificat médical du 31 août 1992, du Docteur R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédie.

3. En raison d'une épicondylite diagnostiquée et opérée en décembre 1993, la capacité de travail était à nouveau de 0% du 6 décembre 1993 au 25 mai 1994 et de 50% du 26 mai au 1er juillet 1994.

4. Le Docteur S_____, médecin-conseil des TPG, dans son rapport du 9 décembre 1994, a fait état d'une affection grave des deux hanches avec risque de pose de prothèse, et estimé que l'assuré ne pouvait plus continuer à exercer sa profession de soudeur et ceci de manière définitive.

5. Suite à ce constat, le 31 décembre 1994, une demande de réadaptation professionnelle a été déposée auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI). L'assuré a bénéficié d'une formation d'employé de commerce, selon la communication de l'OCAI du 16 janvier 1995, et a été muté par les TPG à un poste de caissier remplaçant à 100%, dès le 14 août 1995.

6. Dans son rapport adressé à l'OCAI le 10 juin 1996, le Docteur T_____, généraliste, médecin traitant, a diagnostiqué un état après épicondylite opérée et une nécrose aseptique des deux têtes fémorales. Il a estimé que l'activité de bureau exercée par l'assuré était compatible avec son état actuel de santé et que cette orientation devrait être considérée comme définitive.

7. Le 1er janvier 1998, l'assuré a été engagé comme agent commercial avec un salaire de 5'986 fr. 85 dans la division commerciale des TPG.

8. Le 23 mars 1999, l'assuré a subi une deuxième opération de la hanche, ce qui a entraîné une incapacité totale de travail pendant plusieurs mois. Dans son rapport du 17 mai 1999, le Docteur B_____, médecin mandaté par les TPG, a indiqué que l'état de santé après l'intervention était favorable, et estimé qu'une reprise d'activité au 12 septembre 1999 était possible.

9. La reprise proposée s'est cependant soldée par un échec suite à des douleurs et à une situation personnelle difficile. L'assuré a été hospitalisé à trois reprises au département de psychiatrie Belle-Idée des HUG dans le courant des années 1999 et 2000. Dans un rapport du 23 septembre 1999, le Docteur C_____, chef de clinique, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen et une dépendance à l'alcool.

10. La Clinique genevoise de Montana, dans un rapport du 6 décembre 2000, a confirmé le diagnostic posé par les médecins du département de psychiatrie de Belle Idée, et précisé concernant les problèmes d'alcool que le patient avait signé un contrat d'abstinence ; il avait toutefois refusé une prise en charge spécialisée.

11. En date du 11 octobre 2001, une arthrodèse talo-naviculaire gauche et autogreffe a été pratiquée par le Docteur D_____, chirurgien des HUG. Dans un rapport du 26 décembre 2001, ce praticien a précisé que tant sur le plan clinique que radiologique l'évolution était favorable et qu'une reprise du travail était envisageable vers mi-janvier 2002. L'assuré n'a cependant plus repris le travail et a été licencié au début de l'année 2002.

12. Le 4 février 2002, invoquant souffrir d'une nécrose aseptique des os depuis 1994, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'OCAI visant à l'obtention d'une rente.

13. L'assuré a à nouveau été hospitalisé du 5 au 26 février 2002 à la Clinique Genevoise de Montana à cause d'un trouble dépressif récurrent. Les médecins de la clinique ont précisé que grâce au soutien médico-infirmier ainsi qu'aux entretiens avec le psychologue sa thymie s'était améliorée durant le séjour, et ils lui ont proposé un suivi psychologique à raison d'une à deux fois par mois. Concernant l'éthylisme, ils ont précisé que les paramètres biologiques et leur évolution parlaient contre une abstinence d'alcool. En ce qui concerne l'évolution de la cheville, ils ont estimé à l'instar du Docteur D_____ que la récupération était excellente. Ils ont observé que les aptitudes en flexion dorsale et plantaire étaient dans la norme, une marche sans boiterie, une très grande facilité dans tous les déplacements et l'absence de douleur (cf. rapport du 5 mars 2002).

12. Dans son rapport adressé à l'OCAI, le 13 juin 2002, le Docteur Alexis T_____, médecin traitant, a diagnostiqué un alcoolisme et un état dépressif chroniques. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale et motivée principalement par ce diagnostic.

13. L'OCAI a confié une expertise médicale au Docteur F_____, généraliste. Dans son rapport du 12 avril 2003, l'expert a relevé qu'il y avait une bonne récupération de la fonction de la cheville. En ce qui concerne le problème des hanches, les capacités physiques étaient compatibles avec un emploi léger, le port de charges lourdes et la marche sur distance étaient contre-indiquées, en raison du risque d'usure prématurée des prothèses. Les limitations physiques de la

dépendance à l'alcool étaient quasi inexistantes et aucune répercussion somatique n'avait été décelée. Sur le plan psychique, le trouble dépressif récurrent était intimement lié au problème de la dépendance à l'alcool. L'expert a précisé: «la fragilité psychique importante actuelle, avec une intolérance à la frustration et un déni de la dépendance alcoolique qui complique la prise en charge thérapeutique par les divers médecins intervenants, constitue une limitation à la capacité de travail». L'expert a indiqué qu'une abstinence stabilisée devait être préalablement obtenue avant la reprise d'une activité lucrative et a retenu une incapacité totale de travail dans les 12 à 18 mois à venir.

14. Le 3 juillet 2003 le Service Médical Régional (ci-après SMR) a demandé un avis médical au Docteur G_____ de la consultation d'alcoologie du Département de médecine communautaire des HUG. Dans son rapport du 4 juillet 2003, il a indiqué que sur le plan psychiatrique le patient ne présentait aucune incapacité de travail et estimé qu'on pouvait exiger de lui qu'il observe une abstinence définitive, ce qui lui permettrait de maintenir une capacité de travail normale dans une activité adaptée à ses limitations somatiques.

15. Le Docteur H_____, médecin du SMR, a confirmé que l'assuré devait éviter des travaux physiquement lourds, alternant les positions débout-assis, et a retenu une capacité de travail à 100% dans son activité d'employé de commerce. (cf. rapport du 15 août 2003).

16. Par décision du 18 mai 2004, l'OCAI a refusé toute prestation.

17. Le 1er juin 2004, l'assuré a fait opposition à ladite décision, alléguant que l'OCAI avait mis en évidence seulement ses problèmes d'alcoolisme et son état dépressif mais n'avait pas pris en compte ses problèmes de hanche (nécrose aseptique bilatérale des têtes de fémurs) ainsi que ses problèmes au pied gauche.

18. Par décision sur opposition le 30 juin 2004, l'OCAI a confirmé son refus.

19. Par écriture du 14 septembre 2004, l'intéressé a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans. Il a conclu à l'annulation de la décision contestée, à ce qu'il soit constaté qu'il remplit les conditions d'octroi d'une rente ainsi qu'à l'octroi de dépens. A l'appui de son recours, il a produit un rapport médical daté du 3 septembre 2004 du Docteur I_____, médecin généraliste, selon lequel il présente un dysfonctionnement algique lombo-pelvien significatif, lié à la précision droite du bassin qui expliquerait la persistance de la symptomatologie douloureuse et la limitation fonctionnelle actuelle pour la reprise d'une activité professionnelle. Le recourant fait valoir par ailleurs que son état dépressif et ses problèmes liés à l'alcool sont totalement résolus.

20. Invité à se déterminer le 24 septembre 2004, le SMR a estimé que ce rapport n'apporte pas d'argument en faveur d'une aggravation de son état de santé et ne remet pas en cause les conclusions du SMR du 15 août 2003.

21. Dans son préavis du 20 octobre 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

22. Après communication de cette écriture au recourant le 18 novembre 2004, 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. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont 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 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 la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, 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). C'est pourquoi les

procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

Quant à l'applicabilité des dispositions matérielles de la LPGA, cette question peut rester ouverte. En effet, la définition légale de l'invalidité contenue à l'art.8 LPGA correspond à la notion de l'art 4 LAI. La jurisprudence ainsi développée à son propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345, consid. 3.1, 3.2 et 3.3).

4. Interjeté dans la forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

5. Aux termes de l'art. 4 al. 1 LAI, repris par l'art. 8 LPGA, 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. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (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).

   Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA), l'objet de l'assurance n'est pas l'atteinte à la santé en soi; ce sont plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin, ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207 et ss.; 106 V 88; 110 V 275; RCC 1981 p. 124 consid. 1a).

   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 marche 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 (VSI 2000 consid. 1b 84 ; VSI 2000 consid. 1a 316).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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).

6. Selon l'OCAI, le recourant n'a pas droit à une rente, motif pris qu'il ne présente pas d'atteinte à la santé physique ou mentale invalidante.

En l'occurrence, le dossier contient plusieurs avis médicaux concernant l'état de santé de l'assuré, desquels il ressort que le recourant présente un status après remplacement des deux hanches par prothèse totale pour une nécrose aseptique, un status après intervention sur la cheville gauche pour arthrose et incongruence talo-naviculaire, une dépendance à l'alcool et un état dépressif léger.

Reste à déterminer quelles incidences ces atteintes à la santé ont sur la capacité de travail de l'assuré. A ce propos, le recourant allègue l'impossibilité de reprendre une activité lucrative due à ses problèmes de santé physique et fait valoir que l'OCAI a pris en compte seulement ses problèmes d'alcool et son état dépressif pour lui refuser une rente.

Il faut rappeler que suite à la nécrose aseptique fémorale diagnostiquée en 1994, le médecin-conseil des TPG a reconnu une forte limitation à la capacité de travail et estimé que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité de soudeur de voie. C'est ainsi que le recourant a bénéficié d'une réadaptation professionnelle et a été engagé au sein, toujours, des TPG après avoir accompli une formation d'employé de commerce, comme agent commercial. Cette activité sédentaire, légère et tout à fait adaptée à son nouvel état de santé a été exercée depuis 1995.

Au surplus, selon les pièces médicales au dossier, l'évolution suite à plusieurs interventions orthopédiques subies entre 1996 et 1999 et d'une arthrodèse du pied gauche subie en 2001, a été favorable et n'a entraîné aucune incapacité physique dans sa nouvelle activité d'agent commercial.

Concernant le problème de hanche, le Docteur I_____, médecin traitant, dans son rapport du 3 septembre 2004, retient une incapacité totale de travail due à un «dysfonctionnement algique lombo-pelvien lié à la précession droite du bassin», qui expliquerait selon lui, la persistance d'une symptomatologie douloureuse et la limitation fonctionnelle pour la reprise d'une activité professionnelle. A cet égard, le Tribunal de céans constate que les conclusions du Docteur I_____ ne sont pas étayées par des constatations cliniques de nature à mettre en cause les conclusions du Docteur F_____, expert qui avait décrit un examen de la

colonne cervicale lombaire sans anomalie et n'a pas retenu du point de vue somatique de limitation fonctionnelle. C'est le lieu de rappeler que selon la jurisprudence, lorsqu'il apprécie 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. Ainsi la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

D'autre part, il y a lieu de relever que le rapport médical du Docteur I_____, ne précise pas depuis quand cet état de fait limiterait la capacité du recourant et, même s'il fait état d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré, il semble que cette aggravation est apparue après le prononcé de la décision dont est recours, de sorte que le rapport médical y relatif ne saurait être pris en compte dans le cadre de la présente procédure. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

Vu l'ensemble des informations figurant au dossier on peut tenir pour établi que l'assuré ne souffre pas d'une atteinte physique propre, à elle seule à entraîner une incapacité de travail et de gain d'une certaine importance, dans la dernière activité exercée.

7. Le recourant a en revanche présenté à plusieurs reprises des incapacités de travail dues à un état dépressif lié à la dépendance éthylique. Le patient a en effet sombré en 1999 suite à divers chocs affectifs, dans un état d'alcoolisation avec troubles dépressifs récurrents. Toutefois, au vu des descriptifs contenus dans les rapports du département de psychiatrie de Belle-Idée et de la Clinique Genève de Montana, il est possible en cas d'abstinence totale, d'une prise de conscience définitive du problème d'alcool et d'une acceptation à une prise en charge thérapeutique, de rétablir une capacité de travail totale. Le Docteur F_____, dans son rapport du 12 avril 2003, a relevé qu'il n'y avait pas de limitation physique due à la consommation de l'alcool, et que le trouble dépressif présenté était léger et n'empêcherait pas une activité professionnelle. Par ailleurs, le Docteur G_____ de la consultation d'alcoologie des HUG a signalé que l'assuré ne présentait aucune affection psychiatrique et estimé à l'instar du Docteur F_____ qu'en cas d'abstinence soutenue, le recourant pouvait retrouver une pleine capacité de travail dans son activité d'employé de commerce.

Au surplus, il ressort du recours que tant le problème d'alcool que le trouble dépressif ont disparu depuis 2003.

8. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OCAI a retenu le caractère non invalidant des troubles présentés par le recourant.

   Le recours s'avère par conséquent mal fondé et doit être 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 recevable le recours.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Confirme la décision sur opposition de l'OCAI du 30 juin 2004.

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).

Le greffier:	La Présidente :
Pierre RIES	Isabelle DUBOIS

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