

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2796/2007

ATAS/628/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 28 mai 2008

En la cause

Monsieur E_____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur E_____, célibataire, a entamé un apprentissage de cuisinier qu'il a interrompu au bout de deux ans. Sans formation professionnelle, il a travaillé à l'étranger dans différents emplois, essentiellement en qualité d'aide- infirmier dans les hôpitaux, notamment en Allemagne, à Berne et en Afrique. En dernier lieu, l'assuré a travaillé au Tessin dans l'hôtellerie, puis dans une entreprise de peinture de façades. Arrivé à Genève aux environs de l'année 2000, il est resté sans activité lucrative, vivant de l'aide sociale.
2. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 4 février 2004, visant à l'octroi d'une rente. Il a indiqué qu'il n'avait plus travaillé depuis trois ans en raison de ses problèmes de santé.
3. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 9 mars 2004, le médecin de la Polyclinique de médecine I des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a posé les diagnostics de VIH et hépatite C chronique. Le patient se plaint d'asthénie, de nausées et de diarrhées. L'incapacité de travail est de 100%, probablement depuis 2002. Dans l'annexe au rapport médical, le médecin précise que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'est plus exigible, qu'il y a une diminution de rendement et qu'une autre activité n'est plus exigible en raison d'une asthénie intense.
4. L'OCAI a confié un mandat d'expertise au Dr L_____, spécialiste FMH en médecine interne, à Lausanne. Dans son rapport d'expertise du 26 avril 2005, le Dr L_____ a posé les diagnostics de fatigue chronique dans le cadre d'une co-infection HIV et hépatite chronique existant depuis probablement 2000. Dans l'appréciation du cas, l'expert relève que l'intéressé est au bénéfice d'une trithérapie depuis environ trois ans et qu'au prix sans doute d'une certaine fatigue, de nausées et de diarrhées, l'évolution peut être considérée cependant comme favorable avec une charge virale actuellement indétectable et des lymphocytes CD4 à 861. Malgré un contexte psychosocial défavorable avec probablement des troubles de la personnalité préexistants, des difficultés intégratives, financières et juridiques, le suivi du traitement paraît actuellement correctement réalisé, avec une compliance satisfaisante. Le problème médical actuel est essentiellement constitué d'une asthénie chronique, laquelle peut être rapprochée de l'infection HIV, de ses traitements, ainsi que de l'hépatite C. Selon l'expert, la détermination de la capacité de travail chez ce co-infecté compensé sous trithérapie ne peut être jugée subjectivement que sur la base de l'asthénie chronique, seule symptomatologie jugée handicapante. Cette fatigue chronique ou les troubles cognitifs éventuellement associés ne permettent toutefois pas de rendre compte d'une incapacité complète de travail. Il paraît raisonnable d'imaginer une activité partielle, soit à un rendement diminué soit à un mi-temps et ce si l'on considère

uniquement les aspects somatiques des affections décrites. Ainsi, une capacité de travail, par exemple en qualité d'aide-infirmier, lui paraîtrait possible à 50%. L'expert souligne qu'il existe un contexte psychosocial défavorable, cet assuré étant dans une situation précaire, marginalisé, avec des ressources et des capacités limitées. Sur le plan physique, il existe des limitations fonctionnelles sous la forme de l'incapacité à soutenir un effort durable, à porter des charges à répétition et à assurer un horaire de travail régulier. Sur le plan psychique et mental, l'expert relève que pour le non spécialiste, l'assuré présente des troubles de la personnalité potentiellement handicapant. Cependant une détermination à cet égard sort du champ de sa compétence. A cet égard, une expertise psychiatrique devrait être mise sur pied. Globalement, l'expert estime qu'une incapacité à 50% lui paraît justifiée dans une activité de plâtrier-peintre ou d'aide-infirmier par exemple. Dans une activité peu exigeante avec limitation du port de charges à 15 ou 20 kg, si l'on considère uniquement l'aspect somatique, une capacité de travail à mi-temps est exigible, par exemple en qualité de nettoyeur ou d'attaché au service d'entretien. L'expert relève que l'incapacité de travail a été notifiée à partir du 22 avril 2002, ce qui coïncide avec le début de la prise en charge médicale; c'est depuis cette date que l'incapacité de travail a été instaurée à 100% jusqu'à actuellement. Selon l'expert, les médecins du département de médecine I aux HUG ont établi une incapacité de travail à 100% depuis le 24 février 2002 jusqu'au 27 septembre 2002, puis à 100% du 1^{er} mai 2003 à actuellement. L'expert estime qu'actuellement une incapacité de travail pour des raisons uniquement somatiques est justifiable à 50%. Il est possible qu'après traitement de l'hépatite C chronique il existe une amélioration de la symptomatologie permettant en conséquence une amélioration de la capacité de travail. Toutefois, le traitement de l'hépatite C chronique, en cas de succès, n'a pas toujours été associé à une amélioration de l'état de fatigue chronique.

5. L'OCAI a ordonné une expertise psychiatrique de l'assuré, qu'il a confiée au Dr M_____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, à Colombier. Dans son rapport du 22 janvier 2007, l'expert a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de personnalité anxieuse, troubles d'adaptation, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation continue. L'expert relève qu'il n'a pas pu, au cours de l'entretien, déceler des changements psychiques chez l'assuré depuis la découverte du VIH, "lui-même dit être comme toujours". Du point de vue psychiatrique, l'expert conclut qu'il n'y a aucune raison qui puisse justifier l'incapacité de travail de l'assuré.
6. Par courrier du 9 février 2007, l'OCAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente, au terme duquel une demi-rente d'invalidité lui est reconnue depuis le 27 septembre 2003.

7. Selon le procès-verbal d'audition du 9 mars 2007, l'assuré ne s'estime pas, physiquement, en mesure de travailler. Il soutient que son traitement est très lourd, qu'il entraîne des effets secondaires très importants et qu'après avoir pris ses médicaments, il est très fatigué. Il remet en cause l'expertise du Dr L_____, ce dernier ne semblant pas connaître l'ensemble de son dossier, ni le nom de son médecin traitant et l'ensemble de ses maladies. Il demande à être examiné par le service médical de l'assurance invalidité où par un autre expert.
8. Dans un avis du 4 avril 2007, le SMR Suisse Romande considère qu'il n'y a aucun élément qui puisse remettre en cause les conclusions des expertises des Drs L_____ et M_____.
9. Par décision du 4 juillet 2007, l'OCAI a accordé à l'intéressé une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2003.
10. L'assuré interjette recours en date du 13 juillet 2007, relevant qu'avec toutes ses maladies, notamment la séropositivité, l'hépatite C chronique et le traitement médical lourd, il est très fatigué et faible, et incapable de travailler. Il demande à être examiné par un autre médecin.
11. Dans sa réponse du 12 septembre 2007, l'OCAI se réfère aux expertises effectuées dans le cadre de l'instruction du recours, dont il résulte qu'une capacité de travail de 50 % a été reconnue par le Dr L_____, pour des raisons somatiques. Du point de vue psychiatrique, il n'y a en effet aucune limitation. Préalablement, l'OCAI considère que le recours de l'assuré est irrecevable, dès lors qu'il ne prend aucune conclusion. Il conclut pour le surplus au rejet du recours.
12. A la demande du Tribunal de céans, le Dr L_____ explique avoir retenu une incapacité de travail à 50% en raison de la fatigue chronique, pouvant être associée à l'hépatite C chronique ainsi qu'à l'infection HIV et à ses traitements. Il estime en outre cette incapacité à 50%, car il n'a pu trouver sur le plan somatique d'histoire médicale laissant supposer une totale incapacité de travail. Il considère que celle-ci pourrait être justifiée dans le cas où l'assuré acceptait de se soumettre à un traitement d'hépatite C, lequel est régulièrement accompagné d'effets secondaires gênants. Ce traitement, avec un taux de réussite de 29%, serait susceptible en cas de succès d'améliorer significativement la capacité de travail par la suite.
13. Dans ses conclusions du 12 mars 2008, l'OCAI maintient intégralement sa position et rappelle que selon l'expertise du 22 janvier 2007, aucune limitation n'a été retenue sur le plan psychiatrique.
14. Cette écriture a été communiquée au recourant en date du 14 mars 2008.
15. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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.

2. La 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 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.
3. Conformément à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA), le recours, signé, est adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales en deux exemplaires et doit comporter un exposé succinct des faits ou des motifs invoqués ainsi que des conclusions.

En l'espèce, par courrier du 13 juillet 2007, l'assuré déclare faire recours contre la décision de l'intimé lui octroyant une demi-rente d'invalidité. Il rappelle qu'il a patienté durant quatre ans avant d'obtenir une décision, qu'il n'a été examiné qu'à une seule reprise par un médecin interne et qu'il souhaitait qu'un autre médecin l'examine, comme il l'avait déjà demandé. Il soutient qu'avec toutes ses maladies, il a un traitement lourd, qu'il est très fatigué et faible, qu'il va bientôt suivre un traitement supplémentaire contre l'hépatite C.

Bien que les conclusions du recourant - agissant en personne - ne soient pas très bien formulées, l'on peut néanmoins constater qu'il a manifesté clairement son désaccord avec la décision de l'intimé lui octroyant une demi-rente d'invalidité.

Le Tribunal de céans considère dès lors que le recours est suffisamment motivé au regard des exigences de forme de l'art. 89B LPA. Interjeté par ailleurs dans le délai de trente jours dès la notification de la décision litigieuse, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a retenu - au regard des atteintes à la santé que présente le recourant - un degré d'invalidité de 50 % ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % 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.

6. 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).

Il convient de rappeler que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour

éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

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. 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).

7. En l'espèce, il résulte du dossier médical qu'en raison de ses atteintes à la santé et surtout depuis l'instauration de la trithérapie qui engendre - entre autres effets secondaires - une asthénie intense, le recourant a été en incapacité de travail totale du 22 avril 2002 au 10 juin 2002, du 27 septembre 2002 à une date inconnue, puis à nouveau dès le 1^{er} mai.2003 selon le médecin du service de médecine des HUG. Dans l'annexe au rapport médical daté du 9 mars 2004, ce médecin précise que le recourant ne travaille plus depuis trois ans et que la capacité de travail est nulle dans toute activité.

Dans son rapport d'expertise, le Dr L_____ considère qu'actuellement, du point de vue somatique, la capacité de travail est de 50 % dans une activité d'aide-infirmier ou dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles du recourant consistent en une incapacité à soutenir un effort durable, à porter des charges à répétition et à assurer un horaire de travail régulier. C'est surtout l'asthénie qui est handicapante. L'assuré refuse en l'état un traitement de l'hépatite C par peginterféron alfa 2a avec ribavirine, car il craint les effets secondaires qui viendraient s'ajouter à ceux de la trithérapie. En outre, selon l'expert, le patient présente probablement des troubles cognitifs, sous forme d'un trouble de la personnalité, sur lequel il ne s'est pas prononcé, dès lors que l'identification d'un tel trouble sort du champ de ses compétences. Il mentionne que d'après la Dresse N_____ des HUG, avec laquelle il s'est entretenue, l'essentiel de l'incapacité de travail résulte des troubles de la personnalité. A la demande du Tribunal, le Dr

L_____ a expliqué qu'il n'a pas pu trouver, sur le plan somatique, d'histoire médicale laissant supposer une totale incapacité de travail, en l'absence de complications cliniques ou biologiques significatives résultant des infections virales ou de leur traitement. En revanche, si l'assuré acceptait de se soumettre à un traitement de l'hépatite C chronique, une totale incapacité de travail durant 48 semaines serait justifiée. Il a donc évalué la capacité de travail à 50 % uniquement sur la base des affections somatiques, à savoir une fatigue chronique pouvant être associée à l'hépatite C chronique et à l'infection HIV ainsi qu'à ses traitements.

L'expertise psychiatrique réalisée par le Dr. M_____ a mis en évidence des problèmes de comportement et des traits de personnalité anxieuse, mais pas de pathologie psychiatrique invalidante. En revanche, il n'a pas constaté de trouble de l'attention, de la compréhension ou de la concentration, ni de trouble formel de la pensée. L'humeur n'est pas dépressive, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. Les diagnostics retenus, à savoir une personnalité anxieuse, les troubles de l'adaptation, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du cannabis sont sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert précise que le recourant n'est pas suivi par un psychiatre et qu'il ne prend pas de médicaments psychotropes. L'expertise du Dr M_____ repose sur l'étude du dossier de l'assuré, il comporte un anamnèse complète et détaillée et un status clinique. L'expert a pris en compte les plaintes du recourant, ses conclusions sont claires et motivées. Au demeurant, le recourant ne produit aucun avis contraire émanant d'un spécialiste en psychiatrie. Le Tribunal de céans constate que le rapport d'expertise remplit tous les réquisits permettant de lui attribuer pleine valeur probante, de sorte qu'il n'a aucun motif de s'écarter de ses conclusions.

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que le recourant présente une incapacité de travail de 50 % dans toute activité, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité depuis le mois de septembre 2003.

Il incombera au recourant, au cas où le traitement de l'hépatite C serait administré, d'en informer l'OCAI et de déposer une demande de révision.

8. Mal fondé, le recours est rejeté.
9. Au vu de l'issue du recours, un émoulement de 200 fr. est mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette dans le sens des considérants.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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