

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3926/2007

ATAS/352/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 25 mars 2008**

En la cause

Monsieur R \_\_\_\_\_, domicilié  
À GENEVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelynne BOUCHAARA et Norbert HECK,  
Juges assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Monsieur R\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le 5 novembre 1946, plombier-installateur sanitaire, a cessé de travailler en 1993 et a déposé une demande auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) le 12 octobre 2004, visant à l'octroi d'une rente. Il a précisé au moment de la demande qu'il vivait à la Coulou, sans domicile fixe.
2. Dans un rapport du 2 novembre 2004, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie, a indiqué que son patient souffrait d'une coxarthrose majeure bilatérale depuis 1994 et présentait une désinsertion totale. Il estimait à 100% l'incapacité de travail depuis cette date. Il a expliqué que l'assuré avait cessé toute activité lucrative dès 1993 à la suite de douleurs et d'impotence des hanches, qu'il n'avait toutefois consulté un médecin que depuis le 17 septembre 2004 grâce à l'intervention d'un assistant social. Le médecin a annoncé que la coxarthrose serait opérée ces prochains mois et qu'après l'intervention, il existerait peut-être une capacité de travail dans un emploi léger.
3. Le 13 décembre 2004, interrogée par l'OCAI, X\_\_\_\_\_ SA, a déclaré que l'assuré avait travaillé à plein temps dans le cadre de missions en qualité d'installateur sanitaire du 29 février 1988 à octobre 1996, étant précisé qu'il avait à cette date probablement fini sa mission et qu'aucun autre poste n'avait pu lui être alors proposé.
4. Le 12 mai 2005, le Dr A\_\_\_\_\_ a déclaré que son patient restait en attente de l'opération prévue aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) que son état était stationnaire et qu'il marchait avec deux cannes anglaises.
5. L'assuré a subi la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche le 2 août 2006. Il a séjourné à la clinique de Jolimont du 18 au 31 août 2006 pour suite de prise en charge (status post-prothèse totale de hanche gauche et coxarthrose sévère à droite). Il est également fait état d'une dermohypodermite du membre inférieur sur hématome avec greffe de Thiersch survenue en janvier 2006.
6. L'assuré a été examiné par le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique du service médical régional AI (ci-après : SMR) le 21 septembre 2006. Le médecin a retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, une coxarthrose primaire bilatérale avec ankylose de la hanche droite, un status après arthroplastie totale de la hanche gauche, une spondylarthrose avec ankylose lombaire et la maladie de Forestier, et à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un tabagisme chronique. Il apparaît que l'assuré ne travaille plus depuis 1997, époque à laquelle il a présenté une raideur progressive des hanches et de la colonne lombaire, que depuis 2000, il a souffert de douleurs de faible intensité au niveau lombaire et des deux plis de l'aîne, que depuis

2002, il utilise deux cannes anglaises pour se déplacer et qu'il a consulté pour la première fois un médecin en septembre 2004. Le Dr B \_\_\_\_\_ a estimé l'incapacité de travail de l'assuré à 100% en tant qu'installateur sanitaire dès le 1<sup>er</sup> janvier 1998, incapacité due à l'ankylose des deux hanches et de la colonne lombaire. En revanche, dans une activité adaptée, sédentaire, la capacité de travail est complète, à l'exception de la période comprise entre le 31 janvier 2006 et le 31 août 2006.

7. Dans un rapport du 8 janvier 2007, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a relevé que l'assuré ne contestait pas vraiment les différents avis médicaux; il ne savait en revanche pas du tout ce qu'il pourrait faire, ni à quel taux, ni avec quel rendement. Du fait qu'il devait subir une nouvelle opération de la hanche droite avec la pose d'une prothèse totale de la hanche, vraisemblablement au mois de février 2007, le service de la réadaptation professionnelle a considéré que des mesures professionnelles étaient prématurées dans ce contexte d'opération chirurgicale.
8. Le 13 février 2007, le Dr C \_\_\_\_\_, généraliste, a également retenu les diagnostics de coxarthrose bilatérale massive avec status post-opératoire depuis le 2 août 2006 et relevé une désinsertion sociale ainsi qu'un OH chronique. Il indique que la capacité de travail dans une activité simple, non physique, ne demandant pas de grandes compétences et à raison de 4 heures par jour, pourrait être améliorée après l'opération, mais que le pronostic était assez réservé. La réinsertion lui semble très difficile, du fait que le patient ne travaille pas depuis plus de 10 ans.
9. Dans une note du 9 août 2007, la Dresse D \_\_\_\_\_, du SMR, a indiqué que les conclusions du rapport du SMR du 3 octobre 2006 étaient toujours valables, qu'une activité adaptée était exigible à 100% sans diminution de rendement, qu'une prothèse totale de hanche droite entraînerait une incapacité totale de travail illimitée d'environ trois mois, voire six mois au maximum.
10. Le 13 août 2007, le Dr C \_\_\_\_\_ a confirmé à l'OCAI qu'une opération pour la pose d'une prothèse totale de la hanche droite était bel et bien envisagée aux HUG, mais que la date n'avait pas été fixée par cet établissement.
11. L'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision le 17 août 2007 selon lequel sa demande était rejetée. Il a, en effet, procédé à la comparaison des revenus sur la base des conclusions du Dr E \_\_\_\_\_. Il a ainsi obtenu un degré d'invalidité de 23,5%, insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité. Il s'est fondé sur un revenu sans invalidité de 56'230 fr. et un revenu avec invalidité de 42'989 fr. et a admis une réduction supplémentaire de 20%.
12. Par décision du 21 septembre 2007, l'OCAI a confirmé son projet de décision.
13. L'assuré a interjeté recours le 18 octobre 2007 contre ladite décision.

14. Dans son préavis du 19 novembre 2007, l'OCAI a précisé que, même si le degré d'invalidité retenu de 23,5% était susceptible d'ouvrir en théorie un droit à des mesures d'ordre professionnel, il avait cependant renoncé à en envisager, considérant qu'au vu de l'âge du recourant, seules des mesures d'aide au placement pouvaient, en l'occurrence, être considérées comme simples et adéquates. Il a conclu au rejet du recours.
15. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause 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'article 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 1<sup>er</sup> 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).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 21 septembre 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2004, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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

4. Le litige consiste à déterminer si les atteintes à la santé que présente l'assuré entraînent une incapacité de travail ouvrant droit, le cas échéant, à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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).
6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).
7. 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. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. 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 la jurisprudence citée).

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 de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

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).

Le juge ne s'écarte en principe 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 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 judiciaire le fait que celle-ci contient 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).

Il convient également que rappeler que, pour ce qui concerne 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)

8. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assuré ne peut plus exercer son métier d'installateur-sanitaire, ce depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998. En revanche, il peut, selon le Dr B\_\_\_\_\_, travailler dans le cadre d'une activité adaptée, sans port de lourdes charges et en évitant les déplacements. L'OCAI s'est fondé sur les conclusions de ce médecin pour déterminer le degré d'invalidité de 23,5%.

Le Dr C\_\_\_\_\_, toutefois, faisait état dans son rapport du 13 février 2007 de la possibilité d'une activité lucrative ne dépassant pas 50%, pour autant qu'elle soit

simple, non physique et ne demandant pas de grandes compétences. Le pronostic était réservé, du fait essentiellement que le patient ne travaillait pas depuis plus de 10 ans.

On ne saurait parler d'invalidité, au sens de l'AI, que si l'incapacité de gain ou l'impossibilité d'accomplir ses travaux habituels résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Autrement dit, il faut qu'il existe un lien de causalité entre ces deux éléments. Il n'y a pas de lien de causalité, et l'on n'est pas en présence d'un cas d'invalidité, lorsque l'incapacité de gain n'a pas été provoquée par une atteinte à la santé, mais par d'autres facteurs (RCC 1989 p. 322), notamment

- par la situation économique, par exemple le chômage (RCC 1984 p. 361), une crise économique, le manque ou la diminution des possibilités de travail dans une région ou dans une branche d'activité déterminée;
  - pour des raisons inhérentes à la personnalité de la personne assurée, par exemple un manque d'ardeur au travail (RCC 1964 p. 278), une formation insuffisante (RCC 1989 p. 322, 1980 p. 260) ou des connaissances linguistiques limitées, l'âge, une capacité de travail ne pouvant pas dépasser la mesure normale (RCC 1988 p. 503; Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence, publiée par l'Office fédéral des assurances sociales, N° 1024 ss.).
9. Ce degré de 23,5% permet en revanche la prise en charge éventuelle de mesures de réadaptation professionnelles (VSI 2000 p. 63).

Selon l'art. 8 al. 1 LAI, en sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (4<sup>ème</sup> révision AI), les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement, art. 8 al. 3 let. b LAI; cf. également art. 15 à 18 LAI).

Il faut entendre par reclassement au sens de l'art. 17 LAI l'ensemble des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, nécessaire et adéquate destiné à procurer de manière appropriée une nouvelle capacité de gain, à peu près équivalente à celle de l'activité antérieure, aux assurés qui ne peuvent plus en raison d'une invalidité survenue ou imminente exercer leur métier ou leur activité lucrative antérieure ou accomplir leurs travaux habituels. L'exigence d'une équivalence approximative entre l'activité exercée avant la survenance de l'invalidité et celle accomplie après une mesure de reclassement porte avant tout sur les perspectives de gain. Mais pour

être certain que le revenu réalisé dans la nouvelle profession soit environ du même ordre à terme (carrière) que celui que procurerait l'activité initiale, il faut que les deux formations considérées présentent une valeur intrinsèque qui puisse soutenir la comparaison (RCC 1988 p. 494; VSI 1997 p. 84). L'exigence d'équivalence limite le droit au reclassement "vers le haut". Il n'appartient pas à l'AI de placer un assuré dans une position économique et professionnelle meilleure que celle qu'elle occupait auparavant (Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel N° 4001 et ss.).

Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou à favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 110 V 102), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références). 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.

10. En l'espèce, le service de la réadaptation professionnelle de l'AI a considéré qu'il était prématuré d'examiner la question des mesures professionnelles, l'assuré devant subir une nouvelle opération de la hanche droite avec la pose d'une prothèse totale (cf. rapport du 8 janvier 2007).

Force est de constater que l'assuré n'a pas encore subi cette intervention. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OCAI pour examen de telles mesures.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et renvoie la cause à l'intimé dans le sens des considérants.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
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

Arlette BLATTNER

Doris WANGELER

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