REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4515/2006 **ATAS/1193/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 1er novembre 2007

En la cause

Monsieur G_____, domicilié , GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel VOUILLOZ — recourant

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL et Violaine LANDRY ORSAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur G_____, né en 1947, a déposé auprès de la Caisse cantonale genevoise de compensation (CCGC), en date du 13 avril 2005, une demande de prestations de l'assurance-invalidité, sous la forme d'une rente. Sa demande a été transmise à l'Office de l'assurance-invalidité (OCAI) le 15 suivant. Il y mentionnait être en incapacité de travail depuis novembre 2002 pour des problèmes au niveau du dos, des jambes et du thorax (pce 2 OCAI).

2. L'assuré, sans formation professionnelle (celle-ci aurait été interrompue pour des raisons de santé), a effectué diverses activités salariées de peu d'importance en durée et en gains de 1965 à 1978, ainsi qu'en 1981. De 1986 jusqu'à son départ pour la Thaïlande (où il a séjourné de mai 1995 à août 2002), il a versé des cotisations aux assurances sociales en qualité de personne sans activité lucrative (pces 2 et 11 OCAI). Depuis août 2002, il bénéficie de l'assistance de l'Hospice général (pce 15 OCAI).

3. Répondant à un questionnaire de l'OCAI, l'assuré a indiqué que s'il n'était pas atteint dans sa santé, il exercerait une activité salariée à plein temps dans le domaine du jardinage depuis 2003 (pce 18 OCAI).

4. Dans un rapport médical du mois de mai 2005, le docteur A_____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a posé les diagnostics d'hépatopathie alcoolique, allergie aux diluants, lombalgies, polyneuropathie, tabagisme et hyperlipidémie. Selon le médecin, l'incapacité de travail était totale dès novembre 2002 et le pronostic dépendait essentiellement de l'arrêt de la consommation d'alcool et de tabac (pce 25 OCAI).

5. Les docteurs B_____ et C_____, de la Polyclinique de médecine des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), ont quant à eux diagnostiqué une méralgie paresthésique bilatérale à gauche dans le contexte d'un syndrome d'enclavement du nerf fémoro-cutané latéral existant depuis septembre 2002, une capsulite de l'épaule gauche présente depuis plusieurs années, une périarthrite de hanche bilatérale prédominant à gauche et une scoliose avec lombalgies chroniques depuis l'enfance (rapport du 16 mai 2005). Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail, les diagnostics d'hyperlipidémie, d'éthylo-tabagisme chronique et de crampes musculaires. Ils se sont prononcés en faveur d'une incapacité complète de travail du 19 février au 16 avril 2003, puis du 1er octobre au 30 novembre 2003, en tant que tenancier de bar (métier que l'assuré aurait exercé durant son séjour en Thaïlande), étant précisé que leur patient ne les a plus consultés depuis cette dernière date (pces 32 à 34 OCAI).

6. Le 22 juillet 2005, le docteur A_____ a exposé que la toxicomanie de l'assuré n'était ni la conséquence, ni le symptôme d'une atteinte à la santé, mais

qu'elle avait engendré une hépatopathie importante, ainsi qu'une polyneuropathie. Quant à la capacité de travail, elle pouvait être évaluée à 50 % environ dans une activité sédentaire tout en tenant compte d'une diminution supplémentaire de rendement (pces 40 à 42 OCAI).

7. Sur demande du docteur D_____, médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), le docteur A_____ a encore précisé que la méralgie de la cuisse gauche persistait, tandis qu'il n'y avait plus de plaintes concernant l'épaule gauche. Le status au niveau lombaire faisait apparaître des douleurs modérées et le médecin avait pu constater une faiblesse musculaire générale. Selon lui, la capacité de travail était de 50 % environ dans un poste peu physique (questionnaire du 29 novembre 2005; pce 48 OCAI).

8. Le 7 décembre 2005, ce même médecin a fait savoir à l'OCAI (pce 49 OCAI) qu'une reprise du travail était difficilement envisageable vu l'état physique général du patient et ce, en l'absence de modification notable de l'état de santé. Le médecin a ajouté qu'un examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assuré.

9. Dans son avis du 18 janvier 2006, le docteur D_____ a considéré qu'au vu de la faiblesse du membre inférieur gauche, seul un travail léger physiquement était envisageable à 50 %. Ladite activité ne devait pas impliquer de déplacements, de station debout prolongée ni de port de charges; un travail en atelier était préconisé (pce 52 OCAI).

10. L'OCAI a transmis le dossier de l'assuré au service de la réadaptation professionnelle. Ce dernier a toutefois estimé qu'au vu des considérations émises par l'intéressé (cf. questionnaire sur le statut; pce 18 OCAI) qui s'estimait incapable d'exercer une activité lucrative, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Il s'est par ailleurs prononcé en faveur de la reconnaissance d'un statut de personne active et, pour le surplus, a déclaré qu'il n'était pas possible de déterminer un revenu sans invalidité, eu égard au défaut d'activité professionnelle soutenue durant de nombreuses années. Par conséquent, il a procédé à la fixation du taux d'invalidité de façon médico-théorique, soit sur la base de l'incapacité de travail uniquement. Il en est résulté un taux d'invalidité de 50 % (pce 53 OCAI).

11. Le 3 juillet 2006, l'OCAI a émis un projet de décision par lequel il annonçait à l'assuré son intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité dès le 15 avril 2004. Il a en effet considéré que la demande était tardive, puisque déposée le 15 avril 2005, alors que l'incapacité de travail existait depuis le 1er septembre 2002 (pce 54 OCAI).

12. L'assuré a contesté ce projet en date du 15 juillet 2006 et fait valoir que son état de santé ne lui permettait d'envisager ni mesures de réadaptation ni une quelconque activité (pce 56 OCAI).

13. Par décision du 3 novembre 2006, l'OCAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 50 %, dès le mois d'avril 2004.

14. L'assuré a interjeté recours contre cette décision. Dans son mémoire du 4 décembre 2006, il fait valoir que l'instruction de sa demande est incomplète, dans la mesure où l'OCAI s'est fondé sur un seul et unique document pour déterminer sa capacité de travail résiduelle, à savoir l'annexe au rapport médical établi par le docteur A_____, son médecin traitant. Or, ce même médecin n'a pas confirmé son appréciation (capacité de travail résiduelle de 50 % environ dans une activité adaptée) dans son rapport subséquent. En l'absence de tout autre élément médical probant au dossier - les médecins des HUG n'ayant pu se prononcer faute d'avoir revu leur patient depuis 2003 -, il soutient qu'il aurait fallu procéder à une expertise médicale. En outre, le recourant fait grief à l'OCAI de ne pas avoir déterminé avec plus de précision la nature de l'activité qu'il serait en mesure d'exercer, ainsi que d'avoir omis de procéder à une comparaison des gains.

15. Dans sa réponse au recours, l'intimé s'est référé à sa décision et a conclu au rejet du recours.

16. Le recourant a encore produit une attestation émanant du docteur E_____, Cheffe de clinique de l'Unité l'alcoologie des HUG, qui mentionne qu'il a consulté ledit service trois fois en septembre et novembre 2006 pour des difficultés liées à l'alcool et participé à des groupes d'entraide durant le mois de novembre 2006. Le recourant en tire la conclusion que l'intimé a occulté la problématique de sa dépendance à l'alcool. Il répète par ailleurs que le docteur A_____, qui semblait faire état d'une capacité de travail à 50 % dans une activité sédentaire au mois de juillet 2005, n'a plus attesté d'aucune capacité résiduelle dans une quelconque activité au mois de novembre de la même année. Le recourant estime que cela ne fait que confirmer la thèse selon laquelle l'intimé n'a pas mené une instruction avec toute la rigueur nécessaire (mémoire de réplique du 26 février 2007).

17. Invité à se prononcer, l'OCAI a considéré que les indications fournies par le docteur A_____ étaient suffisantes pour trancher la question de la capacité de travail résiduelle, dans la mesure où le médecin traitant de l'intéressé a confirmé son point de vue - à savoir la persistance d'une incapacité de travail à 50 % - dans un second avis du 29 novembre 2005. Quant au certificat médical émanant de l'Unité d'alcoologie des HUG, il estime qu'il n'apporte aucun élément objectif permettant de considérer la toxico-dépendance présentée comme relevante du point de vue de l'assurance-invalidité.

18. Le recourant a encore une fois déclaré que son dossier n'avait pas été instruit à suffisance (courrier du 27 avril 2007); copie de son courrier a été transmis à l'intimé, 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) relatives à la LAI.

   En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

   La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours a été interjeté dans les forme et délai légaux, de sorte qu'il y a lieu de le déclarer recevable.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

   En l'espèce, la décision litigieuse, du 3 novembre 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

   Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur le taux de celle-ci. Il conteste en effet disposer de la moindre capacité de travail résiduelle.

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). 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 consid. 2).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 et les références).

   Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3).

7. Le recourant fait grief à l'administration de ne s'être fondée que sur un seul et unique avis de son médecin traitant pour déterminer sa capacité de travail résiduelle, quand bien même ledit médecin a rendu ultérieurement un rapport contradictoire. En effet, si le docteur A_____ a initialement reconnu à son

patient une capacité de travail de 50 % dans une activité sédentaire (rapport du 22 juillet 2005), il n'a plus mentionné une telle capacité dans son avis subséquent du 7 décembre 2005. Enfin, le recourant estime qu'un complément d'instruction médicale est nécessaire pour établir précisément quelle est sa capacité de travail.

Force est de constater que si une instruction médicale a été diligentée par l'intimé, elle n'a pas apporté de renseignements probants à suffisance. D'une part, les médecins de la polyclinique de médecine ont été contraints de renoncer à se prononcer sur la capacité de travail du recourant, faute d'avoir vu ce dernier depuis le 3 novembre 2003. D'autre part, les seuls documents médicaux au dossier sont les rapports du médecin traitant et les avis du docteur D_____, médecin SMR, qui ne remplissent manifestement pas les conditions exposées ci-dessus pour qu'une pleine valeur probante leur soit accordée. Si les diagnostics retenus semblent pour l'essentiel être admis de part et d'autre, il n'en demeure pas moins que les rapports médicaux y relatifs ne sont guère motivés et n'expliquent clairement ni l'influence des pathologies présentées par le recourant sur sa capacité à exercer une activité professionnelle, ni l'ampleur des limitations fonctionnelles qui devraient être retenues ; ils ne donnent pas non plus d'indications permettant de se prononcer sur une éventuelle diminution de rendement. De surcroît, les avis rendus par le docteur A_____, médecin traitant, présentent des contradictions évidentes entre eux : après avoir dans un premier temps retenu une capacité de travail résiduelle de 50 % environ, tout en réservant une diminution de rendement (rapport du 22 juillet 2005), le médecin a confirmé ce taux de capacité, sans toutefois que la question du rendement ne soit abordée (questionnaire du 29 novembre 2005 reçu le 15 décembre 2005 par l'OCAI), et enfin, l'a infirmé (rapport réceptionné également le 15 décembre 2005 par l'intimé : Annexe A au rapport médical intermédiaire adulte).

Dans ces circonstances, il est difficile, voire impossible de se forger une opinion objective quant à la capacité de travail résiduelle de l'intéressé, d'autant plus que le médecin traitant lui-même juge nécessaire un examen médical complémentaire à ce propos.

Le recours doit en conséquence être admis sur ce point et le dossier retourné à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, neurologie et rhumatologie au vu des diagnostics retenus) permettant de déterminer le type d'activité encore exigible de la part du recourant, sa capacité de travail résiduelle et son rendement. En outre, ladite expertise devra éclaircir la question de la faiblesse musculaire (si elle est attribuable à une affection reconnue, elle devra être prise en compte dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail; s'il s'agit par contre d'un simple déconditionnement, un stage de réentraînement au travail pourra être envisagé), et se prononcer sur l'influence de la toxicomanie - et des affections que cette dernière a engendrées - sur les possibilités objectives de reprise d'une activité professionnelle.

8. a) L'intimé a considéré que, dans la mesure où le recourant n'avait plus exercé d'activité lucrative depuis plusieurs années et qu'auparavant il n'avait pas exercé une telle activité de façon soutenue, il convenait d'évaluer son degré d'invalidité sur la base des seules données médicales. Ce faisant, l'administration a procédé à une évaluation médico-théorique du degré d'invalidité.

b) On peut convenir, avec l'intimé, que le recourant présente un statut de personne active au vu de l'ensemble des circonstances. Cela étant, la détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur une évaluation telle que celle à laquelle s'est livré l'OCAI, car cela revient à déduire le degré d'invalidité de l'incapacité de travail de manière abstraite, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé, ce qui n'est pas admissible (cf. ATF 114 V 283 consid. 1c et 114 V 314 consid. 3c). Effectivement, selon une jurisprudence constante, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1). Or, s'il est vrai que les données salariales concernant le recourant ne permettent pas d'établir un revenu sans invalidité fondé sur des données réelles et précises, il n'en demeure pas moins que le service de la réadaptation aurait pu le déterminer sur la base des données éditées par l'Office fédéral de la statistique (ESS), compte tenu du type d'activités précédemment exercées par l'intéressé (voir par exemple l'arrêt du TFA du 8 juillet 2003 en la cause R., I 9/03, consid. 5.2).

Par ailleurs, et pour autant qu'il y ait lieu de reconnaître que des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas indiquées (question à laquelle le service de réadaptation devra répondre une seconde fois après avoir entendu le recourant sur ce point, la seule référence à un questionnaire pour personnes n'exerçant pas d'activité étant largement insuffisante pour nier un droit aussi fondamental que celui à la réadaptation), la détermination du revenu avec invalidité devra se faire également sur la base de l'ESS et en tenant compte de la jurisprudence relative à l'utilisation des salaires statistiques (notamment la mesure dans laquelle lesdits salaires doivent faire l'objet d'un abattement; ATF 126 V 74 consid. 5).

c) Il suit de ce qui précède que le dossier doit également être retourné à l'intimé pour qu'il procède à un nouveau calcul du taux d'invalidité dans le respect des règles rappelées ci-dessus.

9. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 800 fr. lui est allouée à titre de participation à ses dépens.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 3 novembre 2006.
4. Renvoie le dossier à l'intimé pour mise en œuvre d'une instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant un montant de 800 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 400 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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
Janine BOFFI	Karine STECK

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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