

GE_GERICHTE A/10/2009 vom 15. Juni 2009

GE Cour de justice, 2009-06-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_10_2009

FR: GE_GERICHTE A/10/2009 du 15 juin 2009

IT: GE_GERICHTE A/10/2009 del 15 giugno 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 15.06.2009 A/10/2009

A/10/2009 ATAS/828/2009 du 15.06.2009 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 03.09.2009, rendu le 21.12.2009, REJETE, 9C_705/2009 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/10/2009 ATAS/828/2009 ARRÊT DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 6 du 15 juin 2009 En la cause Monsieur B_____, domicilié à VERSOIX, comparant par Maître François GILLIOZ en l'Étude de qui il élit domicile recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, sis 97, rue de Lyon, Genève intimé EN FAIT Né en 1956, Monsieur B_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) travaillait au service de X_____ (ci-après l'employeur) en qualité d'employé au tri postal depuis le 5 août 1985. Le 31 avril 2007, faisant valoir diverses incapacités de travail depuis le 26 février 2002, tantôt entières tantôt partielles, dues à une thrombose avec arthrose et des douleurs permanentes dans la jambe droite, l'assuré a adressé une demande de prestations, sous forme de rente, à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI ou l'intimé). Le 10 mai 2007, l'employeur a notamment informé l'OCAI qu'à compter du 1^{er} janvier précédent, le salaire annuel brut de l'assuré, treizième salaire compris, était de 68'833 fr. pour quarante-deux heures de travail par semaine. Dans le rapport médical qu'il a établi le 14 juin 2007, le docteur L_____, médecine générale FMH, médecin-traitant de l'assuré depuis le 8 février 2002, a notamment fait état de ce qui suit. Comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, étaient diagnostiqués une coxarthrose droite assez avancée, un status après opération du canal carpien à droite réalisée en décembre 2002, une neuropathie des deux nerfs médians et du cubital droit depuis janvier 2002, et une dysthymie dépressivo-anxieuse depuis 2000. Pour le reste, l'assuré présentait un diabète de type II sous traitement oral depuis 2002, une hypertension traitée, une obésité et une gastrite. L'assuré s'était notamment trouvé en incapacité de travail, totale ou partielle, ininterrompue du 8 février 2002 au 20 juillet 2003, puis du 13 juin au 25 juillet 2004, du 24 août au 2 octobre 2005, et enfin depuis le 15 novembre 2006, son état de santé s'aggravant. Des mesures professionnelles étaient indiquées, qui avaient déjà été prises. En conclusion, en tenant compte des limitations existantes, la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré était de 50% dans l'activité qu'il exerçait et de 100% dans une profession permettant un travail de bureau. Selon un avis médical établi le 25 octobre 2007 par le docteur M_____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main et médecin-conseil du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), s'il existait une atteinte à la santé du recourant qui fût invalidante, elle concernait son système ostéo-articulaire, mais les renseignements étaient insuffisants pour déterminer les limitations fonctionnelles éventuelles et la capacité de travail. La praticienne a dès lors convoqué l'assuré pour

effectuer un examen clinique rhumatologique et de chirurgie de la main. Selon le rapport d'expertise établi par le docteur M _____ le 12 février 2008, l'assuré présentait une périarthrite scapulo-humérale, une légère neuropathie irritative cubitale et une discrète coxarthrose droite. Depuis janvier 2007, sa capacité de travail était nulle dans les activités de tri postal et de manutention de colis, de 80% dans l'activité allégée exercée alors, et de 100% dans une activité adaptée. De l'anamnèse, il ressortait notamment que l'assuré avait reçu son congé, le licenciement devant prendre effet en septembre 2008, ce qui le mettait en rage impuissante. Dans cette situation, il avait pris contact avec Intégration Pour Tous (IPT) aux fins de retrouver un emploi à mi-temps, consistant à véhiculer des personnes âgées et des enfants. L'assuré éprouvait alors des douleurs dans tout l'hémicorps droit. Il avait également mal à l'épaule et à la région thoracique latérale gauches. Il présentait en outre des lombalgies et des cervicalgies droites et des douleurs coccygiennes, et il signalait un à deux réveils nocturnes posturo-dépendants du fait desdites douleurs et de fourmillements. S'agissant des traitements, l'assuré faisait de la physiothérapie à raison de deux fois par semaine, avec des effets de courte durée. Il avait également fait de la physiothérapie en piscine et de l'ostéopathie, qui ne l'avaient pas aidé. Au début de l'entretien, l'assuré présentait un état général conservé ; il avait une attitude plaintive, logorrhéique et démonstrative ; à la fin, il pleurait abondamment à l'évocation de son licenciement. À l'examen clinique, il était également démonstratif, mimant notamment des troubles de l'équilibre lors de la pratique des latéroflexions lombaires, et il n'appliquait aucune mesure de protection rachidienne ou d'épargne articulaire. Au chapitre des limitations fonctionnelles, l'experte du SMR relevait que le membre supérieur droit de l'assuré ne supportait pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule à plus de 60°, ni de lever de charge supérieures à huit kilogrammes. S'agissant de ses membres inférieurs, une alternance, deux fois par heure, des positions assise et debout, une station debout limitée à une demi-heure et la marche à une heure s'imposaient. Selon un avis de la permanence de réadaptation du 23 mai 2008, une mesure de reclassement ne se justifiait pas au vu de l'occupation par l'assuré d'un poste adapté à 80% et d'un degré d'invalidité déterminé à 17.4%. Le 17 juin 2008, l'OCAI a rendu un projet de décision, à teneur duquel la demande de prestations d'invalidité était refusée. En substance, l'administration faisait valoir qu'il ressortait des documents en sa possession que l'assuré était en incapacité de travail dans son activité habituelle depuis le 16 novembre 2006. Médicalement, il était cependant reconnu qu'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était raisonnablement exigible à plein temps depuis cette date. Pour le surplus, le degré d'invalidité retenu était inférieur aux taux requis pour l'ouverture d'un droit au reclassement et pour l'ouverture d'un droit à la rente. Par lettre du 14 août 2008, l'assuré a déclaré contester le projet de décision. Il faisait notamment valoir que les prestations requises avait été refusées en méconnaissance de son état de santé physique et psychologique. Pour le surplus, il n'était pas un faux malade. Selon une attestation médicale complémentaire établie le 22 août 2008 par le docteur L _____, l'assuré était affecté à un poste adapté et allégé, à 50% de rendement, qui ne nécessitait pas le port de lourdes charges, et non à 80% pleine charge. Il y avait donc lieu d'étudier la possibilité d'un reclassement professionnel et d'une aide au reclassement professionnel dans une activité correspondant à ses capacités physiques limitées. Comme déjà mentionné dans son attestation du 14 juin 2007, le praticien signalait une affection du système locomoteur liée à la manutention, dès 2002, un syndrome du canal carpien droit opéré en février 2002, une épitrochléite du coude droit qui avait nécessité une infiltration, de la physiothérapie et des anti-inflammatoires non stéroïdiens, ainsi que des algies du poignet

qui avaient également nécessité un traitement conséquent. Un examen neurologique avait en outre objectivé une neuropathie des nerfs médian et cubital à droite. Depuis lors, les algies tendino-musculaires du membre supérieur et du membre inférieur droits faisaient l'objet d'un traitement intermittent et, plus récemment, l'assuré présentait des algies chroniques, invalidantes et pénibles. Enfin, il souffrait d'une coxarthrose droite progressive, symptomatique depuis deux ans. Sur le plan psychique, le patient présentait une dysthymie dépressive de longue date, qualifiée alors d'état dépressif important (moyen). Entre parenthèses, le praticien précisait que cet état s'était aggravé par les procédures et manières de l'assurance-invalidité depuis l'entrée en vigueur de la 5^e révision, procédés encore une fois malhonnêtes médicalement, qui niaient par des expertises fallacieuses la réalité médicale décrite dans le rapport du médecin-traitant d'abord, la réalité médicale tout court ensuite, et qui étaient proprement honteuses et malhonnêtes. En outre, l'assuré souffrait d'un diabète type II sous antidiabétiques oraux et d'une hypertension traitée. Il avait besoin de contrôles médicaux réguliers et de traitements antalgiques, physiothérapeutiques et médicamenteux, tels que des antidépresseurs et des tranquillisants forts. Devant pareille situation, le recours du patient contre la décision de refus des mesures de réadaptation professionnelle, voire d'une demi-rente d'invalidité paraissait justifié. Ce refus d'aide était d'ailleurs de nature à aggraver et péjorer son cas. Au vu du constat, par le docteur L _____, d'un trouble dépressif récurrent, l'OCAI a mandaté le SMR aux fins de réaliser un examen psychiatrique de l'assuré. Le SMR a rendu son rapport d'expertise le 7 octobre 2008. Selon le docteur N _____, psychiatre et auteur dudit document, l'expertisé n'avait pas présenté de signes suffisants en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, mais une structure de personnalité avec une tendance rancunière tenace et une sensibilité aux échecs ; aucun trouble de la personnalité morbide n'avait en outre été objectivé, de sorte que devait être retenu, sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00 dans la CIM-10). D'un entretien téléphonique récent avec le docteur O _____, spécialiste en médecine interne au Centre de thérapie brève des Hôpitaux Universitaires de Genève (CTB), l'expert rapportait que cette praticienne avait retenu le diagnostic initial d'un épisode dépressif sévère avec des idées suicidaires, des insomnies, une perte d'espoir et un trouble de la concentration. Malgré la sévérité de ces symptômes, une hospitalisation n'avait pas été nécessaire, l'assuré étant d'accord de se faire soigner. Au cours du traitement entamé le 28 août 2008 au CTB, l'état de l'assuré s'était beaucoup amélioré, et il avait pu s'intégrer dans des groupes thérapeutiques après quelques difficultés initiales. L'épisode dépressif s'expliquait dans le contexte d'un trouble de la personnalité avec blessures narcissiques dues aux échecs vécus au travail et à l'IPT, où il était entré en conflit avec un responsable quelques jours plus tôt. S'agissant des limitations fonctionnelles psychiatriques, la praticienne relevait que, bien que l'assuré se déclarât motivé pour un travail, il avait lui-même pris la décision de ne pas travailler à plus de 50%, ce qui correspondait à l'estimation qu'elle en faisait ; il n'était en effet pas réaliste d'exiger de lui de travailler davantage puisqu'il se montrait irritable et agressif dès qu'il se voyait contrarié. L'examen clinique n'avait pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble panique, de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de perturbations sévères de l'environnement psychosocial qui était inchangé depuis de nombreuses années et marqué par des relations proches et stables. L'anamnèse de l'assuré ne montrait pas non plus d'élément d'une expérience traumatique manifeste qui pourrait se trouver à l'origine d'une modification durable de la personnalité.

L'expertisé présentait pourtant quelques traits de caractère narcissique et quérulents, qui se trouvaient à l'origine du développement d'une dépression chronique de l'humeur, pendant des années, avec des fluctuations de l'humeur en réaction à l'aggravation de son état de santé corporelle et des échecs sur le plan professionnel. En l'absence d'éléments en faveur d'un épisode dépressif sévère, comme une agitation un ralentissement marqué ou la nécessité d'une hospitalisation, le degré de sévérité retenu par le docteur O _____ ne pouvait pas être confirmé. Pouvait en revanche être confirmé le diagnostic initial d'un épisode dépressif moyen, retenu par le docteur L _____. Suite au traitement prescrit au CTB, et de l'avis même de l'assuré, son état de santé présentait une amélioration, avec un épisode dépressif de sévérité légère depuis mi-septembre 2008, qui lui avait permis de commencer un cours d'informatique le 24 de ce mois et de se projeter positivement dans l'avenir. En conclusion, l'assuré ne souffrait pas, au plan strictement psychiatrique, d'une maladie incapacitante de longue durée, et sa capacité de travail était entière dans toute activité adaptée aux éventuelles limitations fonctionnelles somatiques depuis cette date. Il convenait donc de retenir qu'il y avait eu incapacité de travail à 50% pour un épisode dépressif de sévérité moyenne à partir du 20 août 2008, que l'état de santé s'était amélioré à partir du 28 août suivant et que l'assuré ne présentait plus d'incapacité depuis le 24 septembre 2008. Par avis du 13 octobre 2008, le SMR a, au vu du rapport d'examen clinique psychiatrique précité et des renseignements donnés par le médecin et le psychiatre traitants, confirmé ses conclusions du 12 février précédent en les complétant par une courte incapacité de travail à 50% du 28 août 2008 au 23 septembre suivant. Par décision du 4 décembre 2008, notifiée le 9 décembre suivant, l'OCAI a refusé les mesures de reclassement sollicitées, motif pris de la brièveté de l'incapacité de travail reconnue par le SMR. Par acte déposé à l'office postal le 5 janvier 2009, l'assuré a interjeté recours contre ladite décision. Il conclut à son annulation et à ce qu'il soit dit qu'il doit être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. En substance, le recourant se prévaut des conditions, qu'il estime anormales, dans lesquelles s'était déroulée l'expertise de septembre 2008. À cet égard, il fait valoir qu'il était incompréhensible qu'en sa qualité de résident genevois, il ait dû se rendre de si bonne heure à Lausanne, et qu'il aurait été plus simple et plus loyal de le faire examiner par un expert pratiquant à Genève. Sur le fond, ainsi qu'il ressortait des explications qu'il avait données à l'OCAI, et dont son médecin traitant s'était fait l'écho, il souffrait de graves problèmes de sommeil, ce qui l'avait rendu totalement inapte à se confronter, dans des conditions équitables et fiables, aux multiples questions qui lui avaient été posées. D'autre part, il n'avait pas été tenu compte des problèmes psychiatriques qu'il rencontrait, et pour lesquels il suivait désormais une thérapie conduite par le docteur Vitomir P _____, ni des graves problèmes de tension artérielle et des forts acouphènes à gauche, qui le handicapaient, et dont l'attestation médicale devait suivre. Par lettre du 22 janvier 2009, l'OCAI a pour sa part conclu au rejet du recours. Outre les motifs évoqués précédemment, l'intimé fait notamment valoir qu'en l'absence de nouveaux documents médicaux, il n'était pas en mesure de se déterminer sur les affections évoquées, de sorte qu'il ne pouvait pas modifier son appréciation. Par pli du 10 mars 2009, le recourant a produit un avis médical circonstancié, établi le 8 mars précédent par le docteur P _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qu'il consultait depuis le 13 octobre 2008 suite au séjour qu'il avait fait au CTB jusqu'au 9 octobre 2008. À teneur de ce rapport, l'état clinique du recourant correspondait en grandes lignes à celui décrit dans le résumé du CTB et dans l'avis du SMR, avec certaines différences essentiellement quantitatives. Le recourant exprimait un profond sentiment de détresse lié à sa situation

socioprofessionnelle, laquelle était vécue comme une grande injustice et un abandon qu'il généralisait à sa vie. Il se sentait comme un homme usé et abusé, une « épave ». Ce sentiment, dont l'expression prenait la forme d'un état dépressif, était aussi intimement lié à ses multiples affections somatiques. Son état clinique était notamment marqué par une irritabilité et une attitude revendicative basées sur une révolte intense et parfois violente verbalement contre tous ceux qui ne reconnaissaient pas sa souffrance et qui l'avaient abandonné. Dès que ce sentiment n'était plus au premier plan, il s'effondrait dans un état de tristesse et de désespoir, souvent d'une façon très dramatique. Contrairement à ce qui figurait dans l'avis du SMR, il s'avérait que les relations avec ses proches étaient sévèrement perturbées et très appauvries ; étant trop nerveux, agité, irritable, et ayant honte de sa situation, il ne fréquentait plus ses amis. Il avait perdu toute relation d'entente avec son fils et l'on constatait une rupture chronique et presque complète de la communication avec une persistance des échanges verbaux violents occasionnels. La relation avec son épouse était plus ambivalente, mais pas pour autant harmonieuse. Celle-ci paraissait épuisée par l'état psychique de son époux depuis deux à trois ans, et elle s'était montrée peu intéressée par la possibilité d'un entretien de couple. Selon le recourant, elle avait, quelques temps auparavant, consulté un avocat en vue d'une séparation. Contrairement à ce qui était constaté par le SMR, le recourant décrivait des symptômes somatiques de son trouble dépressif, à savoir une diminution, voire une perte de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables, un réveil matinal précoce, une agitation psychomotrice, une fluctuation du poids et notamment une perte complète de libido. Selon les résultats des tests effectués, ce trouble devait être qualifié de très sévère, même en prenant en compte une tendance démonstrative et histrionique. D'autre part, au cours des entretiens, le recourant présentait une somnolence et une diminution fluctuante de l'attention liée tant à cette somnolence qu'à l'envahissement par ses émotions. Il souffrait en outre d'une apnée du sommeil diagnostiquée en 2006, et il n'avait jamais pu utiliser un C-Pap en raison d'une forte sensation d'étouffement. Pour le surplus, l'ensemble des troubles psychiques et somatiques donnaient lieu à la prise de onze médicaments différents, l'administration d'antidépresseurs étant prescrite depuis cinq à six ans. En conclusion, le recourant souffrait d'un état dépressif modéré à sévère, et chronicisé. Ce trouble s'était probablement superposé à une dysthymie de longue durée. Étant donné la durée des symptômes et sa situation sociale et professionnelle, il paraissait peu probable que le recourant puisse récupérer dans le délai d'au moins un an. Il était également nécessaire de considérer l'interaction entre ses maladies physiques et son trouble psychique dans l'évaluation de sa capacité de travail, laquelle ne dépassait pas 50%. Le recourant avait besoin d'une aide adaptée de l'assurance-invalidité pour sa réinsertion professionnelle, faute de quoi il y avait un fort risque d'aggravation ou de cristallisation de son trouble psychique. À l'audience de comparution personnelle des parties et d'enquêtes du 16 mars 2009, le recourant a notamment déclaré qu'il avait été licencié, par son employeur depuis vingt-trois ans, avec effets au 1^{er} décembre 2008. Dès la fin 2006, il avait exercé son activité professionnelle à mi-temps, l'assurance perte de gain maladie ayant versé des prestations de manière à compléter son revenu jusqu'en novembre 2008. Inscrit au chômage depuis le 6 janvier 2009, il n'avait pas encore perçu de prestations de cette assurance, de sorte que son ménage vivait sur le revenu généré par son épouse. S'agissant de l'expertise psychiatrique du 26 septembre 2008, convoquée à Vevey à 8h30, le recourant a précisé qu'en raison des médicaments qu'il prend régulièrement, il n'avait pu répondre correctement aux questions de l'expert psychiatre. À cet égard, le docteur P _____ lui prescrivait la prise

d'antidépresseurs deux fois par jour et une séance de psychothérapie tous les quinze jours. Souffrant de dépression depuis 2002, il avait d'abord été suivi par le docteur L_____, qui lui prescrivait alors du Cypralex. Pour le surplus, le recourant a confirmé qu'il souffrait d'apnée du sommeil, de problèmes de tension artérielle, de forts acouphènes ainsi que de douleurs dans les articulations du côté droit. Sur le plan social, il était pratiquement toujours à son domicile, avait même peur de sortir, mais faisait de temps en temps de petites promenades ; il s'était considérablement retiré en raison de son état de santé. Il entretenait des contacts téléphoniques une fois par semaine avec ses deux frères, restés au Portugal. Il était souvent irritable en raison de sa situation de santé, et exigeant envers son fils, ce qui créait des tensions dans le cadre de la famille. Entendue à titre de renseignements, Madame B_____, l'épouse du recourant, a pour sa part déclaré qu'employée à la direction générale du Cycle d'orientation, elle percevait un salaire brut de 6'900 fr. par mois. D'une manière générale, elle était active dans la vie associative de sa commune de résidence. Quand le temps s'y prêtait, elle faisait également des balades avec son mari. Celui-ci, que son problème de déplacement empêchait d'effectuer les travaux ménagers, s'occupait cependant du repas du soir. Au terme de l'audience, le Tribunal de céans a imparti un délai au recourant pour produire les rapports médicaux dont il faisait état dans son acte de recours, et à l'intimé pour se déterminer à leur propos. Par courrier adressé au Tribunal le 18 mars 2009, le recourant a produit diverses attestations médicales dont il ressort notamment ce qui suit. Selon un rapport médical établi le 3 décembre 2007 par le docteur Q_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, le recourant présentait alors des douleurs antérieures plantaires droites à la marche, qui le gênaient simultanément à d'autres problèmes généraux comme une coxarthrose droite, des cervicobrachialgies droites, des lombalgies et une tendance au diabète. L'examen clinique avait montré la présence d'un nodule qui pouvait parfaitement résulter d'une maladie de Ledderhose, pour laquelle un traitement conservateur sous forme de physiothérapie était à privilégier. Selon les rapports établis respectivement les 22 et 26 janvier 2009 par le docteur R_____, spécialiste en radiologie, le recourant présentait alors une discopathie L4-L5 avec protrusion discale prédominant en foraminal droit et une arthrose facettaire entraînant un rétrécissement du foramen radiculaire pouvant expliquer un conflit L4 droit. Au vu de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée, il n'y avait toutefois pas de signe de souffrance de cette racine. Le recourant présentait en outre un trouble statique avec attitude scoliothique lombaire dextro-convexe. Pour sa part, le docteur S_____, spécialiste en radiologie, a attesté l'absence d'anomalie osseuse, notamment de fracture de fatigue, au pied droit du recourant dans un rapport établi le 3 février 2009. Des conclusions du rapport que le docteur T_____, spécialiste en neurologie, a établi le 26 janvier 2009, il ressort en outre qu'il n'y avait aucun argument objectif ni à l'examen neurologique clinique ni à l'examen électroneuromyographique pour évoquer une atteinte lésionnelle du système nerveux central ou périphérique chez le recourant. Il était dès lors peu probable qu'une origine neurogène lésionnelle soit à la base des plaintes exprimées par celui-ci. Enfin, dans un avis daté du 18 mars 2009, le docteur L_____ concluait à la présence de troubles statiques du rachis, d'une discopathie L4-L5 sans répercussions neurologiques, d'une coxarthrose droite et d'une aponévrosite plantaire au pied droit, ces différents éléments ayant un caractère invalidant probablement mésestimé. Par avis médical du 6 avril 2009, le docteur U_____, du SMR, a constaté, au vu des avis médicaux exprimés par ses confrères, que, s'agissant des acouphènes, il convenait simplement d'éviter les lieux particulièrement bruyants qui pouvaient altérer l'audition, moyennant quoi il n'y avait

aucune limitation de la capacité de travail. Pour l'atteinte du pied, il fallait éviter les stations debout prolongées et le port de lourdes charges, ce qui était déjà le cas compte tenu de l'atteinte de la hanche et ne représentait pas un handicap supplémentaire. Il fallait en outre tenir compte du fait que le seul souhait de l'assuré était d'obtenir une rente entière d'invalidité ; dès lors, il était normal que son comportement et ses déclarations aillent dans ce sens : même son psychiatre traitait relativisait la situation et en tenait compte puisqu'il reconnaissait une capacité résiduelle de travail de 50% alors qu'il faisait état d'une dépression « très sévère ». De plus, le refus de prestations pouvait certainement influencer l'évolution psychique du recourant, d'autant qu'elle n'allait pas dans le sens souhaité par celui-ci ; or l'assurance-invalidité ne devait pas tenir compte de ce type de réactions : une telle évolution ne se serait en effet pas produite si la décision avait été contraire. Pour le surplus, une dysthymie n'avait pas la gravité suffisante pour justifier une période d'incapacité de travail. Partant, l'évaluation des examens réalisés précédemment au SMR, qui étaient complets et concluants, restait inchangée. Par lettre adressée au Tribunal le 20 avril 2009, l'OCAI a notamment fait valoir qu'au vu des conclusions du SMR, force était de constater que les pièces médicales produites ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas. En conséquence, le recours devait être rejeté et la décision du 4 décembre 2008 confirmée. Par décision du 29 avril 2009, communiquée par le recourant le 5 mai 2009, l'Office cantonal de l'emploi (OCE) a déclaré le recourant inapte au placement dès le 1^{er} février 2009, et lui a nié le droit aux prestations de chômage dès cette date. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, 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 du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références citées). En particulier, les dispositions de la novelle du 6 octobre 2006 (5^e révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont régies par ce principe. D'autre part, 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. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 5 janvier 2009 conformément à l'art. 39 al. 1^{er} LPGA est recevable. Au vu du contenu de la décision de l'OCAI du 4 décembre 2008, et bien que les conclusions du recourant soient muettes sur ce point, le litige porte sur le droit du recourant à des mesures de reclassement aussi bien qu'au versement d'une rente d'invalidité (voir, sur ce point, les ATF 131 V 164 consid. 2.1 et 125 V 414 consid. 1a). À teneur de l'art. 28 al. 1^{er} let. a LAI, la réadaptation a la priorité

sur la rente dont l'octroi n'entre en ligne de compte que si une réadaptation suffisante est impossible. À cet égard, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité 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. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (art. 8 al. 1 et 1 bis LAI). Aux termes de l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. D'autre part, l'assuré n'a, en règle générale, droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références). Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Le droit au reclassement suppose, nous l'avons vu, que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1^{er} LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Cela étant, contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1^{er} LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre à des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). 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 en effet 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 256 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Selon le principe de 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 pas 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. À cet égard, il convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les 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 lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Enfin, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs (ou de l'administration) aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur (ou à l'administration) par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En l'espèce, les avis médicaux exprimés par les différents médecins sollicités font état de conclusions quelques peu divergentes quant aux conséquences des troubles somatiques et psychiques constatés, de sorte qu'il convient d'en examiner brièvement les mérites respectifs, étant entendu que, bien que communiqué postérieurement à la décision querellée, l'avis du docteur P_____ doit être pris en considération dans la mesure où il est de nature à influencer l'appréciation de la situation telle qu'elle était établie au moment où cette décision a été prise. Au regard des principes qui viennent d'être rappelés, il apparaît que, s'agissant des troubles psychiques, seul le rapport établi par le docteur N_____ le 7 octobre 2008 remplit les conditions de forme et de fond posées par la jurisprudence pour en admettre la pleine valeur probante. L'expertise conduite par ce praticien se fonde sur un examen clinique étendu, sur une anamnèse abondante complétée par l'avis d'un confrère, sur les plaintes exprimées par le recourant lors de la consultation et sur un status psychiatrique détaillé, de sorte que le diagnostic posé, qui retient un épisode dépressif léger sans syndrome somatique et exclut la présence d'un syndrome somatoforme douloureux, est cohérent et digne de foi. S'agissant des conclusions que l'expert tire de ce diagnostic, il sied de retenir qu'il évaluait à 50%, du 20 août au 23 septembre 2008, l'incapacité de travail du recourant dans l'activité alors exercée, la capacité de travail étant totale, sur le plan psychique, en-deçà au-delà de cette date. En revanche, le rapport médical établi par le docteur P_____ le 8 mars 2009 ne présente pas les mêmes garanties. Ce praticien, qui reconnaissait alors n'être consulté par le recourant que depuis cinq mois et confirmait, dans les grandes lignes, les constatations cliniques du CTB et du SMR, n'explicite pas, sinon par les déclarations « très dramatiques » de son patient, en quoi ses propres constatations devraient avoir pour conséquences une incapacité de travail de 50%. Au demeurant, il se borne à affirmer que le recourant exprimait un profond sentiment de détresse lié à sa situation socioprofessionnelle, laquelle était vécue comme une grande injustice et un abandon qu'il généralisait à sa vie, et que cette situation avait pour conséquences un comportement quérulent et un appauvrissement de ses relations avec ses proches. Les motifs pour lesquels le docteur P_____ concluait à une incapacité de travail partielle n'apparaissent donc pas, ce d'autant moins que les constatations recueillies

par ses soins tendraient plutôt à faire penser que l'exercice d'une activité professionnelle serait, pour le recourant, source d'équilibre psychique. En conséquence, il convient d'accorder une moindre valeur probante à son rapport médical. L'on relèvera encore que le docteur P_____ ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant telle qu'elle pouvait être établie au moment de la prise de décision par l'OCAI, mais sur l'état de cette capacité au moment de sa consultation, trois mois plus tard ; en vertu des principes rappelés plus haut, une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant postérieurement à la reddition de la décision litigieuse ne saurait être examinée dans le cadre de la présente procédure. Pour ce qui est des conséquences de l'état de santé physique du recourant sur sa capacité de gain, il apparaît que seul le rapport d'expertise établi le 12 février 2008 par le docteur M_____ peut se voir attribuer pleine valeur probante au regard des exigences posées en la matière. Pour le reste, il suffit d'observer que les avis médicaux exprimés par les docteurs Q_____, R_____, S_____ et T_____ n'en remettent pas substantiellement les conclusions en cause. À cela s'ajoute que l'expérience dicte de n'accorder, a priori, qu'une valeur probante limitée à l'avis du docteur L_____ qui, en sa qualité de médecin-traitant, pouvait être enclin à donner aux déclarations de son patient un crédit ou une importance exagérés, ce que l'absence d'explications au sujet du caractère invalidant ou mésestimé des troubles somatiques et psychiques décrits dans les rapports médicaux qu'il a établis semble confirmer. Au vu de ce qui précède, il s'impose de retenir que le recourant était, de manière ininterrompue, en incapacité de travail totale ou partielle depuis le 16 novembre 2006. Sa capacité de travail était en outre, depuis janvier 2007 et à l'exception de la période comprise entre le 20 août et le 23 septembre 2008, nulle dans l'activité de tri et de manutention, de 80% dans l'activité allégée qu'il exerçait alors et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. Selon l'art. 29 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). 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 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est donc 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'est également le sens du nouvel art. 7 al. 2 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement

réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent ensuite être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06). Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121, consid. 3.2), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En l'espèce, dès lors que son incapacité de gain était tantôt entière tantôt partielle sans interruption depuis une année, le droit éventuel du recourant au versement d'une rente s'est ouvert en novembre 2007. Ainsi qu'il a été dit plus haut, sa capacité de travail était, dès janvier 2007, de 80% dans l'activité allégée qu'il exerçait alors et de 100% dans une activité totalement adaptée à ses limitations. En d'autres termes, il avait alors, en théorie, le choix de poursuivre l'exercice de son activité allégée, avec une incapacité de gain de 20%, ou de chercher à exercer une activité parfaitement adaptée à ses limitations fonctionnelles, dont il convient maintenant d'examiner le rendement théorique. Le revenu hypothétique auquel le recourant pouvait prétendre compte tenu de ses limitations (revenu d'invalidité) s'établit, conformément aux principes rappelés plus haut, de la manière suivante. Le salaire auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé était de 4'732 fr. par mois en 2006 (tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 4'814 fr. 25 en 2007 en raison de l'évolution des salaires nominaux (indice 2006 : 2'014 ; indice 2007 : 2'049). Ce salaire hypothétique tient compte d'un large éventail d'activités légères existant sur le marché du travail, qui ne nécessitent pas de formation particulière, dont un nombre suffisant intègre les limitations fonctionnelles du recourant, et représente, étant donné que les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures par semaine, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2007 (41.7 heures), un revenu de 5'018 fr. 85 par mois ($4'814.25 \times 41.7 \div 40$), ou 60'226 fr. par année ($5'018.85 \times 12$). Se pose ensuite la question de savoir si, du revenu d'invalidité ainsi déterminé, il convient d'appliquer la déduction que la jurisprudence constante admet pour tenir compte des particularités individuelles et, dans l'affirmative, dans quelle mesure. À cet égard, la pratique montre que le salaire moyen des travailleurs étrangers affectés à des tâches simples et répétitives peut être, de ce fait, supérieur à la moyenne (cf. ATF non publiés des 30 août 1999, I 193/99, 30 mars 1999, I 140/97, et 6 octobre 1998, I 39/98), de sorte que l'on ne saurait considérer que le recourant est nécessairement désavantagé par sa nationalité portugaise. En revanche, âgé aujourd'hui de cinquante-deux ans, il peut certes faire valoir de nombreuses années d'expérience, mais il ne faut pas perdre de vue qu'il exerçait une activité qui est désormais partiellement proscrite, et que l'éventail des travaux

légers qu'il peut réaliser, un peu moins large que celui d'un travailleur parfaitement apte, a pour conséquence qu'il doit, de ce fait, vraisemblablement compter avec un salaire légèrement inférieur à la moyenne (cf. ATFA du 28 juillet 1999, publié in VSI 1999 p. 246). Enfin, outre les limitations constatées, le recourant était en bonne santé et capable de travailler à plein temps, de sorte qu'il n'aurait pas eu à subir les conséquences, pour les hommes, de l'exercice d'une profession à temps partiel. Partant, il se justifie de considérer que le recourant était en mesure d'exploiter pleinement sa capacité résiduelle de travail, avec toutefois des chances de gain inférieures de 10% à la moyenne au regard des circonstances qui lui étaient particulières. Il convient par conséquent de retenir qu'il était en mesure de générer un revenu d'invalidité de 54'203 fr. 50 dès le mois de janvier 2007 (90% de 60'226). Selon l'attestation établie par l'employeur le 10 mai 2007, le recourant pouvait, sans invalidité, prétendre à la même époque au versement d'un salaire annuel brut de 68'833 fr. Il résulte, de la comparaison des revenus ainsi déterminés, un taux d'invalidité de 21.25% ($[68'833 - 54'203.50] \div 68'833 \times 100$), arrondi à 21%, à compter du mois de janvier 2007. Le taux d'invalidité de 21% étant insuffisant pour donner droit au versement d'une rente, le recours devra être rejeté sur ce point. Pour ce qui concerne les prétentions tendant à l'obtention de mesures de reclassement, il apparaît que les mesures de réadaptation prises aussitôt par l'employeur, à la demande du docteur L. _____ notamment, ne pouvaient effectivement pas avoir d'influence sur la capacité de gain du recourant, laquelle se situe, en toutes hypothèses, entre 20 et 21%. Il découle de là que, le 4 décembre 2008, c'est à bon droit que l'OCAI a considéré que la capacité de gain du recourant ne pouvait être améliorée par des mesures autres que celles dont il bénéficiait déjà, et que le maintien en l'état de cette capacité ne nécessitait pas davantage la prescription de mesures de reclassement. C'est encore le lieu de préciser que l'assurance-invalidité et l'assurance-chômage ne sont pas deux branches d'assurance complémentaires. Ainsi, les décisions rendues par les organes de l'assurance-chômage au sujet de l'aptitude au placement des personnes handicapées n'ont pas d'influence sur l'évaluation de leur capacité de travail et de gain effectuée par les organes de l'assurance-invalidité (art. 28 a al. 1 er LAI, art. 15 LACI, art. 15 al. 1 et 3 OACI). Il sort de là que la décision rendue par l'OCE le 29 avril 2009 ne saurait avoir d'influence sur le sort de la présente procédure. Le recours devra par conséquent être rejeté sur ce point également. L'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1 er juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. L'émolument, arrêté à 200 fr., sera mis à la charge du recourant, qui succombe. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant À la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (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 Nancy BISIN Le président

suppléant Georges ZUFFEREY Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.