



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1498/2004

ATAS/405/2005

**ORDONNANCE D'EXPERTISE**  
**DU TRIBUNAL CANTONAL DES**  
**ASSURANCES SOCIALES**

**6<sup>ème</sup> Chambre**  
**du 9 mai 2005**

En la cause

**Monsieur G \_\_\_\_\_,**

recourant

contre

**OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue**  
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente.**

---

### EN FAIT

1. Monsieur G \_\_\_\_\_, ressortissant suisse né le 11 juin 1952, divorcé et père de deux enfants majeurs, a effectué un apprentissage de meunier avec obtention d'un CFC.
2. Il a d'abord travaillé en qualité de meunier puis, durant 25 ans, comme silotier au Port-Franc de Genève. Cette activité consistait à recevoir les graines de toutes sortes arrivant pas char, camion et train, à les trier, à les stocker sous forme de sacs pouvant peser jusqu'à 50 kilos, à les surveiller puis à les envoyer par camion ou train dans la Suisse entière. Cette activité impliquait donc une position debout permanente ainsi que le port de charges relativement lourdes.
3. L'assuré a ensuite travaillé pour le Cercle des Agriculteurs de Genève du 1<sup>er</sup> septembre 2000 au 28 février 2002, date à laquelle son contrat a été résilié en raison de ses troubles de santé. En effet, il s'est trouvé dans l'incapacité totale de travailler pour maladie dès le 14 septembre 2001 et n'a plus retravaillé depuis lors.
4. Le Dr Jean-Luc B \_\_\_\_\_, médecin-traitant, a établi des certificats successifs selon lesquels l'assuré était dans l'incapacité totale de travailler pour une durée indéterminée.
5. La Dresse A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, a constaté le 10 décembre 2001 que l'assuré présentait un acrosyndrome vasculaire des quatre extrémités dont l'aspect clinique était celui d'une acrocyanose augmentant en position déclive. Cependant, ladite acrocyanose n'expliquait pas selon elle les importantes douleurs aux pieds en position debout que le patient décrivait comme une sensation de semelles de bois, ce qui évoquait une neuropathie avec atteinte de la sensibilité profonde. Le bilan artériel des membres inférieurs au niveau macrovasculaire montrait un discret gradient de pression entre le bras et les chevilles après l'effort, ce qui était compatible avec une insuffisance artérielle débutante, mais insuffisant pour expliquer l'intensité des douleurs évoquées apparaissant même en position debout sans effort. Elle a suggéré des examens complémentaires (rapport du 12 décembre 2001).
6. Le 14 février 2002, à la demande du Dr B \_\_\_\_\_, la Dresse C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH de neurologie, a considéré que le patient, éthylo-tabagique, souffrait d'un syndrome douloureux évocateur d'une polyneuropathie sensitive, se manifestant essentiellement aux membres inférieurs; les caractéristiques des douleurs décrites par l'assuré évoquaient un problème de sensibilité profonde, corroboré à l'examen clinique par une discrète diminution de la pallesthésie. Il existait également une discrète composante motrice à la jambe gauche, la musculature étant par ailleurs globalement diminuée. Les douleurs s'expliquaient, selon ce médecin, par l'aspect dysautonomique qui était peut-être à l'origine de la

prédominance douloureuse en orthostatisme et de la bonne réponse de la douleur à la prise d'un bain. Cette polyneuropathie était plus probablement d'origine alcoolocarentielle, les petits éléments cérébelleux et l'hyperréflexie relative allant également dans ce sens.

7. Il s'est inscrit auprès de l'Office cantonal de l'emploi le 1<sup>er</sup> mars 2002 et a touché des allocations de chômage.
8. Le médecin conseil de l'Office cantonal de l'emploi, le Dr D \_\_\_\_\_, a donné un préavis médical en date du 11 septembre 2002 selon lequel l'assuré était incapable de travailler depuis le 14 septembre 2001 pour affection chronique. Ce médecin a précisé que l'intéressé n'était médicalement pas apte à l'emploi et que le pronostic d'un retour à la capacité de travail était réservé. Il a touché des prestations cantonales en cas de maladie.
9. Une aide financière a également été accordée par l'Hospice général.
10. Sur proposition de la Dresse C \_\_\_\_\_, la Dresse E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a établi en date du 3 mai 2002 que les résultats de l'examen électroneuromyographique (ENMG) montraient une réduction de l'amplitude des potentiels évoqués sensitifs pour le nerf cubital droit et pour le nerf musculo-cutané droit, les autres amplitudes des potentiels évoqués étant encore dans les limites de la norme. Ces éléments pouvaient orienter vers une polyneuropathie sensitivo-motrice à prédominance axonale, comme on pouvait le voir généralement dans les polyneuropathies toxico-carentielles.
11. Vu la persistance des troubles et l'incertitude diagnostique, l'assuré a séjourné du 24 au 27 septembre 2002 dans le service de neurologie des HUG. A l'issue de cette hospitalisation, les diagnostics de probable polyneuropathie des petites fibres et d'éthylotabagisme grave sévère ont été retenus.
12. L'intéressé a déposé une demande de prestations AI sous forme de rente en date du 25 septembre 2002 pour polyneuropathie sensitivo-moteur des membres inférieurs et douleurs chroniques des membres inférieurs, atteinte existant depuis octobre 1999, avec aggravation en août 2001.
13. Dans leur rapport du 28 octobre 2002, les Drs F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_, département de neurosciences cliniques et de dermatologie des HUG, ont relevé que l'examen neurologique d'entrée avait mis en évidence une hypo-pallesthésie ainsi que des réflexes ostéo-tendineux très vifs aux quatre membres mais sans signes pyramidaux associés. L'extrême dépendance à la position et à l'effort ainsi que l'atteinte exclusive des membres inférieurs évoquait une érythromélagie. Ils n'ont toutefois pas noté d'œdème ou d'érythrose après effort, et la polycytémie ou les signes de gammopathie monoclonale souvent associée à cette maladie étaient absents. Ils ont relevé que l'examen neurologique après effort était strictement

superposable à celui du repos. L'examen ENMG avait démontré une atteinte axono-myélinique minime, certains paramètres électrophysiologiques suggérant par ailleurs une atteinte des petites fibres impliquées dans la sensibilité thermo-algique et le système neurovégétatif. Le diagnostic différentiel étiologique d'une polyneuropathie des petites fibres était toutefois large, invoquant diverses anomalies. La présentation clinique leur a paru relativement atypique.

Le 3 décembre 2002, les Drs H \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ de neurologie des HUG ont rendu un rapport médical dans le cadre du suivi du patient et rappelé que celui-ci présentait une persistance des paresthésies douloureuses des membres inférieurs, en chaussettes. Le traitement médicamenteux était efficace mais insuffisant. Les douleurs s'exacerbaient à la marche.

14. Dans un rapport du 22 janvier 2003 adressé à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), le Dr B \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de :
- polyneuropathie des petites fibres, depuis 1999,
  - éthylo-tabagisme, depuis 1980,
  - état dépressif réactionnel, depuis 2001.

Il a par ailleurs attesté que l'incapacité de travail de son patient était toujours totale et qu'aucune activité n'était exigible pour l'instant en raison des douleurs chroniques et de l'état dépressif réactionnel avec éthylo-tabagisme.

15. En date du 15 avril 2003, le médecin conseil du service médical régional LEMAN (ci-après SMR), la Dresse J \_\_\_\_\_, a estimé que les renseignements neurologiques étaient insuffisants pour se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. De même, les Drs F \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_, dans un rapport du 23 avril 2003, ont constaté que le diagnostic restait toujours indéterminé, raison pour laquelle une seconde hospitalisation pour bilan neurologique a été programmée pour mai 2003, le pronostic et le traitement en dépendant.
16. Du 10 avril au 17 avril 2003, l'assuré a été hospitalisé en urgence à la clinique et policlinique de chirurgie viscérale où le diagnostic de pancréatite œdémateuse d'étiologie alcoolique a été posé. Un traitement de jeûne et d'hydratation a été efficace mais le patient a été mis en garde en ce qui concernait les effets de l'alcool sur son pancréas fragilisé.
17. Le 11 avril 2003, une oesogastroduodenoscopie effectuée à l'Hôpital cantonal a démontré une hernie hiatale par glissement non compliquée et des ulcères gastriques et bulbaires.
18. Du 12 au 17 mai 2003, l'assuré a séjourné à la policlinique de neurologie où le diagnostic de probable sclérose en plaques, polyneuropathie des petites fibres et éthylo-tabagisme a été posé. Le patient présentait deux problèmes neurologiques, une polyneuropathie et de sérieux arguments en faveur d'une sclérose en plaques. Il

paraissait raisonnable d'observer l'évolution clinique et électroneuromyographique de la polyneuropathie après quelques mois de sevrage alcoolique avant de rediscuter l'hypothèse d'une sarcoïdose.

19. Le 19 septembre 2003, Dr B \_\_\_\_\_ a transmis à l'OCAI copie du rapport d'hospitalisation de la clinique de neurologie établi en mai 2003 où, en plus du diagnostic de polyneuropathie des petites fibres, a été évoquée la possibilité d'une sclérose en plaque. L'origine purement éthylique de la polyneuropathie n'était toutefois pas totalement confirmée. Le Dr B \_\_\_\_\_ a précisé que sur le plan physique, il n'y avait eu aucune évolution favorable malgré le traitement et l'abstinence d'alcool, les douleurs étant toujours invalidantes et forçant le patient à rester alité une grande partie de la journée. Il a ajouté que psychiquement, la situation était difficile car le patient était depuis plusieurs mois en fin de droit des prestations de l'assurance perte de gain et devait avoir recours à l'aide de l'Hospice général ainsi qu'à des emprunts, étant précisé qu'il souffrait déjà d'un état dépressif réactionnel depuis 2001.
20. Le 8 octobre 2003, la Dresse J \_\_\_\_\_ (SMR) a constaté que les rapports neurologiques ne lui permettaient toujours pas de statuer sur les limitations fonctionnelles objectives de l'assuré ni sur sa capacité de travail. Dès lors, afin de préciser ces données, elle a suggéré de mandater pour expertise le Dr L \_\_\_\_\_, neurologue FMH à Lausanne.
21. Dans son rapport d'expertise du 23 janvier 2004, le Dr L \_\_\_\_\_, a procédé en premier lieu à une anamnèse professionnelle et sociale dans laquelle il a résumé l'évolution de la maladie ainsi que les résultats des thérapies entreprises, reprenant les rapports médicaux établis par les médecins consultés par l'assuré jusqu'à ce jour.

En ce qui concerne les plaintes et données subjectives de l'assuré, il a relevé qu'actuellement celui-ci se plaignait de la persistance, sans aucun changement, de douleurs au niveau des deux membres inférieurs, présentes surtout en station debout et à la marche, avec des sensations de pieds dans un étau, de pieds gelés ou au contraire chauds et douloureux s'accompagnant de parasthésies et d'un endormissement dystaux des deux membres inférieurs, sans faiblesse associée ni lombosciatalgie. La symptomatologie était considérablement soulagée par le décubitus, de telle sorte que le patient passait la plupart de son temps allongé. Celui-ci n'a pas rapporté d'autres symptômes neurologiques ou pouvant évoquer une sclérose en plaque. Il a dit avoir l'impression que l'évolution allait plutôt vers l'aggravation et estimer ne plus pouvoir travailler étant donné qu'il ne pouvait rester en station debout prolongée et que la position assise était également génératrice de douleurs, quoique de façon moindre. Sur le plan éthylique, il a déclaré avoir considérablement diminué sa consommation d'alcool, ne buvant actuellement pas plus de deux décilitres d'alcool par jour.

L'expert a ensuite procédé à un examen neurologique qui lui a permis de conclure que l'examen était compatible avec une discrète atteinte polyneuropathique, actuellement plus axonale que myélinique, et qu'il relevait néanmoins la persistance de potentiels sensitifs des membres inférieurs, sans microvoltage prononcé.

L'expert a également étudié les divers examens radiologiques pratiqués sur le patient qui avaient conduit à poser les diagnostic suivants :

- polyneuropathie des petites fibres d'origine indéterminée depuis 1998-1999;
- possible sclérose en plaque sans traduction clinique (date d'apparition indéterminée) ;
- éthylo-tabagisme depuis plus de 25 ans,

ces atteintes étant susceptibles d'avoir une répercussion sur la capacité de travail.

Il a souligné qu'en raison des troubles susmentionnés, l'assuré n'avait plus repris d'activité professionnelle depuis le 14 octobre 2001.

L'expert a estimé que l'examen clinique qu'il avait lui-même pratiqué était globalement superposable à ceux établis par les autres spécialistes.

Au terme de ce bilan, compte tenu de l'ensemble des éléments à sa disposition, l'expert a déclaré que le patient présentait un syndrome douloureux et une acrocyanose des membres inférieurs entraînant subjectivement une gêne majeure mais se traduisant objectivement par des anomalies discrètes sur le plan clinique et électrophysiologique évoquant une polyneuropathie sensitive par atteinte essentiellement axonale et des petites fibres. Il existait également cliniquement (et conformément aux examens pratiqués par la Dresse A \_\_\_\_\_) des éléments en faveur d'une accro-cyanose.

Du point de vue éthyologique, l'origine de cette atteinte polyneuropathie restait indéterminée, cette dernière pouvant être de nature éthylique, mais pouvant également correspondre à une éthyologie d'autre nature restée jusqu'ici non diagnostiquée. Il a relevé à cet égard que 20% des atteintes polyneuropathiques restaient généralement de nature indéterminée malgré des investigations complètes.

S'agissant de la suspicion de sclérose en plaque évoquée par les neurologues des HUG, il a estimé qu'il n'existait pas à l'anamnèse et à l'examen clinique objectif d'éléments permettant de poser ce diagnostic. Il estimait pour sa part que les lésions mises en évidence à l'IRM cérébral pouvaient correspondre plus probablement à de petites lésions banales d'origine vasculaire jusqu'à une vasculite ou à une affection démyélinisante de type sclérose en plaque. En ce qui le concernait, il pensait que les anomalies para-cliniques mises en évidence dans le cas du patient ne permettaient pas de retenir le diagnostic de probable sclérose en plaque étant donné leur manque de spécificité pour ce diagnostic en l'absence d'une clinique relevante. Dès lors,

cette suspicion de sclérose en plaque, sans traduction clinique, pouvait être considérée comme ne jouant aucun rôle dans l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

L'expert a relevé par ailleurs qu'il n'avait pas eu l'impression que le patient présentait un état anxio-dépressif important comme l'avait suggéré le Dr M\_\_\_\_\_. Un tel état anxio-dépressif aurait pu expliquer une majoration des plaintes à travers une moins bonne adaptation aux douleurs.

Sur le plan thérapeutique, selon lui, il n'y avait pas lieu pour le moment de poursuivre le traitement de Neurotin qui semblait légèrement soulager le patient, relevant qu'il n'y avait malheureusement pas d'autres mesures thérapeutiques à proposer étant donné l'échec des autres traitements tentés.

En ce qui concernait la capacité de travail, l'expert a considéré qu'il existait une apparente et importante dissociation entre les plaintes et leur répercussion sur la capacité de travail d'une part et la discrétion des anomalies cliniques objectives et para-cliniques d'autre part. La douleur et ses répercussions sur le vécu d'un individu étant un phénomène purement subjectif ne pouvant être quantifié, il était tout particulièrement difficile de se prononcer dans une telle situation sur la capacité de travail. Dans le cas de l'assuré, la limitation fonctionnelle essentielle paraissait être son impossibilité à rester debout plus de quelques minutes sans éprouver d'importantes douleurs des membres inférieurs. Il était bien délicat de répondre à la question de savoir si cela correspondait à la réalité et il convenait d'essayer de se baser sur l'expérience générale que l'on avait de ce type d'atteinte. Ainsi, les différents bilans électro-neuro physiologiques effectués avaient révélé une atteinte concernant essentiellement les petites fibres, lesquelles étaient effectivement impliquées dans la conduction des stimulations douloureuses. Il y avait donc une base théorique permettant d'envisager la survenue chez le patient de douleurs spontanées liées à la dysfonction de ces fibres. Dès lors, admettant que ce patient présentait une polyneuropathie atteignant les petites fibres sensitives et les fibres végétatives expliquant les douleurs et leur aggravation en station debout, restait à déterminer si l'importance des troubles précités justifiaient une incapacité de travail et son importance : 1) dans l'activité exercée préalablement, 2) dans toute autre activité potentiellement exigible

Quant à l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici, il lui était extrêmement malaisé de se prononcer sur la capacité de travail dans une telle situation vu la dissociation entre l'importance des plaintes d'une part et la discrétion des anomalies objectives d'autre part. Il a conclu quand même que pour les seuls éléments médicaux et somatiques, les troubles présentés par l'assuré entraînaient une incapacité de travail de 50%, relevant à nouveau qu'il s'agissait d'une appréciation vraisemblablement médico-théorique étant donné que le patient n'avait plus travaillé depuis septembre 2001 et qu'il souffrait d'un éthylisme

chronique, les éléments précités rendant une reprise d'une activité professionnelle lucrative vraisemblablement impossible.

L'expert a estimé que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables car elles ne seraient pas de nature à améliorer la capacité de travail. Pour améliorer celle-ci au poste occupé antérieurement, théoriquement il s'agirait de permettre au patient de changer le plus fréquemment de position et de travailler le plus possible assis. D'autres activités seraient exigibles à un taux de 50% sur le plan strictement médico-somatique et théorique. Il s'agirait de préférence d'une activité permettant des changements fréquents de position et s'exerçant en partie en position assise. Il n'y avait en principe pas de limitations dans les ports de charges.

Il a indiqué que d'un point de vue réaliste, il était peu probable que ce patient reprenne une activité professionnelle quelle qu'elle soit, au vu du contexte éthylique et du manque de motivation ainsi que de la déafférentation prolongée socioprofessionnelle. Il a également souligné que la capacité de travail de 50% retenue ne tenait pas compte de l'éthyle et de ses conséquences socioprofessionnelles.

22. Dans une note du 10 février 2004, la Dresse J \_\_\_\_\_ a retenu comme atteinte principale à la santé une polyneuropathie des petites fibres, d'origine indéterminée mais vraisemblablement éthylique. Elle a relevé que l'expert, le Dr N \_\_\_\_\_, avait décrit un syndrome algique accompagné d'une acrocyanose des membres inférieurs entraînant subjectivement une gêne majeure, mais que par contre, sur le plan clinique et électrophysiologique, les anomalies objectivées étaient discrètes, évoquant une polyneuropathie sensitive par atteinte essentiellement axonale et des petites fibres. L'acrocyanose avait été également objectivée lors de l'examen. Il a souligné que l'expert avait attesté d'une capacité de travail de 50% dans toute activité professionnelle, précisant que les facteurs sociaux et les abus d'alcool rendaient une reprise de travail difficile et que des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires.
23. Par décision du 2 avril 2004, l'OCAI a considéré que depuis le 14 septembre 2001 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte, que dans sa situation et au vu des renseignements médicaux contenus au dossier, il y avait lieu d'admettre une incapacité de gain dans son ancienne activité de 50 % de sorte qu'une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 50 % lui était octroyée.  
  
Ainsi, à partir du 14 septembre 2002, le droit à une demi-rente a été reconnu à l'assuré.
24. En date du 20 avril 2004, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée, alléguant que son état de santé ne lui permettait absolument pas d'exercer une quelconque activité lucrative car il ne pouvait pas rester assis ou debout pendant



des périodes prolongées et qu'il devait obligatoirement s'allonger régulièrement pour soulager ses douleurs.

25. Le 28 avril 2004, le Dr M \_\_\_\_\_ a adressé un courrier à l'OCAI dans lequel il a fait valoir que sur le plan médical, la situation de l'assuré ne s'améliorait pas ; au contraire l'atteinte neurologique des membres inférieurs devenait de plus en plus handicapante avec l'apparition de douleurs intenses lorsqu'il restait debout plus d'une demie heure, l'obligeant à s'allonger et ceci malgré un traitement de Neurotin pris à dose maximale. Il a souligné que les divers bilans neurologiques avaient montré une polyneuropathie des petites fibres dont l'étiologie n'était pas définitivement établie, mais dont l'origine toxique (alcool) était prédominante. Actuellement, l'assuré était abstinent depuis plusieurs mois sans évolution favorable sur la neuropathie. Il était manifeste qu'il existait en plus des lésions périphériques, une atteinte cérébrale avec des lésions démyélinisantes et un aspect inflammatoire à la ponction lombaire, ces deux anomalies évoquant en premier lieu une sclérose en plaque. Il a souligné que la situation était complexe mais qu'il était absolument évident que son patient ne pouvait avoir une activité professionnelle, même partielle dès lors qu'il passait la plus grande partie de son temps allongé. Il estimait donc que la décision de l'AI devait être rediscutée et qu'une rente complète était justifiée en l'état.

26. Dans une note du 17 mai 2004, la Dresse J \_\_\_\_\_, répondant à une question de l'OCAI suite à l'opposition de l'assuré, a relevé que l'incapacité de travail de 50 % avait été décidée suite à une expertise neurologique faite en janvier 2004, donc postérieurement aux examens, investigation et avis spécialisés adressés par le médecin traitant. Elle a relevé que les lettres du service de neurologie ne s'exprimaient aucunement sur la capacité de travail

La controverse se plaçait entre l'estimation de la capacité de travail par le médecin traitant, le Dr M \_\_\_\_\_, et celle de l'expert neurologue, le Dr N \_\_\_\_\_.

Il n'y avait pas d'éléments nouveaux exprimés par l'assuré ou son médecin-traitant. Le diagnostic et l'examen somatique étaient identiques. Le problème du diagnostic de sclérose en plaque était bien expliqué à la page 12 de l'expertise et il ne s'agissait que d'une suspicion, les éléments cliniques objectifs n'étant pas présents. Cela ne devait donc pas intervenir comme facteur de gravité dans la pathologie de l'assuré.

Dès lors, il n'y avait aucun élément objectif susceptible de modifier la décision de l'OCAI qui était basée sur une expertise neurologique très récente et claire.

27. Par décision sur opposition du 10 juin 2004, l'OCAI a souligné que l'incapacité de travail de 50 % avait été décidée suite à l'expertise neurologique faite par le Dr N \_\_\_\_\_, ladite expertise étant postérieure aux examens, investigations et

avis spécialisés adressés par le médecin traitant. De plus, les lettres du service de neurologie ne s'exprimaient aucunement sur la capacité de travail.

Il a relevé que selon la jurisprudence, les constatations du médecin traitant quant à la capacité de travail avaient une valeur probante inférieure à celle des spécialistes et qu'en l'occurrence, dès lors qu'il n'y avait aucun élément nouveau susceptible de remettre en question les conclusions de l'expert, ainsi qu'en l'absence de preuve susceptible d'amener l'OCAI à reconsidérer sa position, il s'en tiendrait aux conclusions dudit expert. L'OCAI a donc rejeté l'opposition formée le 24 avril 2004 et confirmé sa décision de rente de 50 % du 2 avril 2004.

28. Le 7 juillet 2004, l'intéressé a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales contre la décision sur opposition. Il a allégué que son état de santé ne lui permettait d'exercer aucune activité lucrative et qu'il avait besoin d'être étendu 18 heures sur 24. Il a sollicité une nouvelle expertise.
29. Dans son préavis du 21 juillet 2004, l'OCAI a relevé que l'intéressé ne faisait valoir aucun argument nouveau de sorte qu'il concluait au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition du 10 juin 2004.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cependant, le cas d'espèce reste régi par les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au

---

moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 398 consid. 1.1 et les références). Pour les mêmes motifs, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 ne sont pas applicables.

4. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ et 60 LPGA).
5. L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a admis un taux d'invalidité de 50 % en se basant sur l'expertise réalisée par le Dr N\_\_\_\_\_.
6. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

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 générale, 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. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1 ; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b).

7. Pour pouvoir apprécier le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge s'il y a recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré

est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

En ce qui concerne par ailleurs la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et qu'enfin les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. L'expertise doit donc être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoques aux questions posées. Cela dit, elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motif impératif 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 sur-expertise ordonnée par le Tribunal en affirme 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, l'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 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32ss et les références).

8. En l'espèce, figure au dossier uniquement une expertise neurologique du Dr N\_\_\_\_\_.

Il n'a ainsi pas été pris en compte l'aspect psychiatrique alors même que le Dr B\_\_\_\_\_ a relevé un état dépressif réactionnel existant depuis 2001 et le 19

septembre 2003 fait état de craintes d'un point de vue psychique d'une rechute de la maladie alcoolique.

9. En conséquence, le Tribunal de céans ordonnera une expertise psychiatrique qu'il confiera au Dr O \_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service de psychiatrie adulte, Département de psychiatrie, chemin du Petit-Bel-Air 2, 1225 Chêne-Bourg.

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

**Statuant**

**(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable ;

**Préparatoirement :**

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr. O \_\_\_\_\_. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
  - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. G \_\_\_\_\_.
  - c. Examiner M. G \_\_\_\_\_.
  - d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
    - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
    - f. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. G \_\_\_\_\_ d'un point de vue psychiatrique ?
    - g. En cas de trouble psychique, quel est le degré de gravité de celui-ci (faible, moyen, grave) ?
    - i. Ce(s) trouble(s) psychique(s) (ont) a-t-il(s) valeur de maladie en tant que telle ?
    - j. Compte tenu de l'atteinte psychique constatée, quelle est la capacité de travail de M. G \_\_\_\_\_, d'une part dans l'activité de silotier, d'autre part dans une activité adaptée ? Cette capacité de travail était-elle identique en juin 2004 ?
    - k. Un traitement est-il disponible ? Dans quelle mesure est-il déjà suivi par M. G \_\_\_\_\_ ? Peut-il améliorer la capacité de travail ?
  - l. Confirmez-vous le diagnostic d'éthylisme ? Si oui, l'éthylisme a-t-il provoqué chez M. G \_\_\_\_\_ une maladie qui entraînerait elle-même une atteinte à la santé

physique ou mentale, diminuant sa capacité de travail ? Si oui, laquelle et dans quelle mesure ? Si non, l'éthylisme résulte-t-il lui-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale de M. G \_\_\_\_\_, ayant valeur de maladie ? Si oui, décrire cette atteinte.

m. Dans quelle mesure l'éthylisme influence-t-il la capacité de travail de M. G \_\_\_\_\_ ?

n. Sans tenir compte de l'éthylisme, quelle est, d'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail de M. G \_\_\_\_\_ tant dans la profession de silotier que dans une activité adaptée ? Cette capacité de travail est-elle identique en juin 2004 ?

o. M. G \_\_\_\_\_ souffre-t-il d'un trouble somatoforme douloureux ? Si oui :

- Existe-t-il une comorbidité psychiatrique importante ?

- Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?

- Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?

- M. G \_\_\_\_\_ subit-il une perte d'intégration sociale et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ?

- Existe-t-il chez M. G \_\_\_\_\_ un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie) ?

- Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ?

- Des mesures de réhabilitation seraient-elles utiles ?

- Dans quelle mesure peut-on exiger de M. G \_\_\_\_\_ qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?

- Malgré les plaintes alléguées et compte tenu de la constitution psychique de l'assuré et de votre diagnostic, celui-ci pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? L'activité de silotier est-elle encore exigible ? Si oui, à quel taux ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

p. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées est-elle identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit en juin 2004 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?

- q. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 10 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière:

Nancy BISIN

La Présidente :

Valérie MONTANI

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