RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1488/2001 **ATAS/891/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 4 novembre 2004

3ème Chambre

En la cause

Monsieur D_____ recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13 intimé

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente
Mesdames Juliana BALDE et Doris WANGELER, juges

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né en mars 1943, a exercé la profession d'employé de banque chez X_____ SA jusqu'au 30 avril 1998. Cadre au sein des ressources humaines, il était responsable de l'administration des salaires. Son revenu mensuel s'élevait à Fr. 9'450.-- pour 40 heures de travail hebdomadaires. Son employeur a toutefois précisé que ce salaire ne correspondait pas au rendement de l'assuré mais qu'il lui avait été attribué en raison de son ancienneté. Son contrat de travail a été résilié pour raisons de santé (pièce 3, fourre 5 OCAI).

2. Le 9 octobre 1998, Monsieur D_____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI), à l'appui de laquelle il a invoqué une spondylarthrite ankylosante, un diabète et une hypertension.

3. Le Dr L_____, dans son rapport médical du 31 décembre 1999 adressé à l'OCAI, a indiqué que le diagnostic principal consistait en un diabète non insulino-dépendant, existant depuis une vingtaine d'années, traité à l'insuline deux fois par jour, compliqué de néphropathie et de polyneuropathie sensitive ; les diagnostics secondaires suivants ont été posés : spondylarthrite ankylosante (depuis 1975), hypertension artérielle et obésité. Si le diabète était stationnaire, il a été en revanche souligné que la maladie de Betcherev allait en s'aggravant. Selon le médecin, il y aurait incapacité de travail dans la profession d'employé de banque depuis le 28 avril 1998 et probablement de manière définitive. Il a également relevé que lors de son séjour au département de médecine interne de l'hôpital cantonal en décembre 1997, le patient s'était vu conseiller de reprendre contact avec un rhumatologue pour que soit mis en place un traitement de fond et qu'il soit encouragé à se traiter plus promptement.

4. Entendu par un collaborateur de l'OCAI en date du 30 novembre 2000, l'assuré a expliqué qu'il avait été licencié par son employeur, dont il avait le sentiment qu'il avait voulu le « pousser » à entreprendre des démarches auprès de l'assurance-invalidité. Il a d'abord admis qu'il pourrait travailler, sans pouvoir préciser à quel taux, puis estimé que la cause principale de son incapacité de travail se trouvait dans ses affections rhumatologiques. Il a toutefois reconnu ne pas avoir consulté de rhumatologue depuis 1998. Il a alors été convenu avec l'assuré qu'il prendrait rendez-vous avec un médecin rhumatologue afin de faire un bilan de son état de santé, ce qu'il n'a pas fait.

5. Le Dr M_____, rhumatologue, a également établi un rapport médical en date du 6 mars 2000, dont il ressort que l'état de santé du patient était stationnaire

et qu'il lui était impossible de fournir des indications sûres quant à sa capacité de travail dans la profession d'employé de banque. Le médecin a souligné ne pas l'avoir revu depuis le 12 juin 1998, date à laquelle l'affection métabolique et ses conséquences motivaient alors une incapacité de travail. Cliniquement, l'affection rhumatismale semblait calme, la raideur matinale vertébrale douloureuse était inexistante et ne persistaient que quelques douleurs fugaces et migratrices des articulations périphériques. Le médecin en a conclu que les polyarthralgies dont s'était plaint le patient devaient plutôt être mises en relation avec son affection métabolique, mal équilibrée à l'époque, mais qu'il n'existait en revanche aucune justification d'ordre rhumatologique à une incapacité prolongée dans une activité professionnelle de bureau.

6. Le Dr N_____, de l'unité de diabétologie de l'hôpital de la Tour, a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis 1998 en ce qui concernait la néphropathie diabétique et la spondylarthrite ankylosante. Selon lui, il existerait une incapacité de travail partielle, due à l'atteinte rhumatologique. L'atteinte oculaire (uvéite) ne serait plus présente. L'application du traitement du diabète ne serait pas optimale mais celui-ci ne devrait pas entraîner de troubles fonctionnels pouvant diminuer la capacité de travail dans le métier déjà exercé (rapport du 13 septembre 2000 : pièce 6, fourre 3 OCAI).

7. Consulté, le médecin conseil de l'OCAI a relevé que selon la division de diabétologie de l'hôpital, le déséquilibre était manifestement dû aux difficultés du patient à se soumettre à son traitement et que durant son séjour, il ne s'était pas plaint de douleurs de spondylarthrite ankylosante. Il a également souligné que, selon le rhumatologue, il n'existait aucune raison de prolonger de l'incapacité de travail. Il s'est aussi référé au rapport du Dr N_____ qui a indiqué que la spondylarthrite ankylosante était présente depuis 1975 et nécessitait un traitement médicamenteux depuis 1990 et qui - tout en se déclarant dans l'impossibilité de fournir des indications sûres quant à la capacité de travail de l'assuré dans la profession d'employé de banque - a néanmoins estimé qu'il n'y avait pas de contre-indication avec cette profession. Sur la base de ce rapport, le médecin conseil de l'OCAI a estimé que le traitement du diabète n'était pas optimal en raison du comportement de l'assuré dont on pouvait raisonnablement exiger un effort. Selon lui, l'état de santé de l'assuré ne justifierait pas une incapacité de travail durable.

8. Par décision du 19 mars 2001, l'OCAI, considérant que l'état de santé de l'assuré n'impliquait aucune diminution de sa capacité de travail dans sa profession d'employé de banque, lui a nié tout droit aux prestations.

9. Par courrier du 12 avril 2001, l'assuré a formé recours contre cette décision. Il explique être en arrêt maladie depuis le 1er octobre 1997 en raison de son état de santé. Il allègue que le diabète, la maladie de Bechterev et l'hypertension artérielle

dont il est atteint nécessitent la prise de traitements compliqués et difficiles à coordonner. Il indique que son médecin traitant, le Dr L_____, a pris sa retraite à la fin de l'année 1999 ; que le Dr N_____ traite son diabète et sa tension artérielle et le Dr M_____ sa maladie de Betcherev. L'assuré explique que tant son diabète que sa tension artérielle sont difficiles à maîtriser et que la maladie de Betcherev lui occasionne des douleurs et des blocages presque permanents du dos, des membres, des articulations et de la cage thoracique. Il invoque enfin son âge avancé, qui lui semble prétériter toute reprise d'un travail régulier.

10. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans son préavis du 3 juillet 2001, a conclu au rejet du recours.

11. Le 1er août 2003, la cause a été transmise au Tribunal cantonal des assurances sociales.

12. Constatant à la lecture du dossier qu'il avait été convenu que l'assuré prendrait contact avec un rhumatologue afin de procéder à un bilan complet de son état de santé, le Tribunal de céans s'est enquis de savoir si l'assuré avait accompli cette démarche.

13. Par courrier du 6 janvier 2004, le recourant a répondu que ses médecins le soumettaient à une série d'examens et d'analyses dont il ne manquerait pas de faire parvenir les résultats au tribunal.

14. Par courrier du 19 mars 2004, le recourant a indiqué avoir transmis les éléments médicaux au Dr M_____ qui lui aurait assuré être ainsi dans la situation de fournir un rapport.

15. Le 30 août 2003, le Dr M_____, rhumatologue, a adressé un rapport médical au Tribunal. Il explique qu'après avoir pris contact avec les différents spécialistes, il lui a été difficile de procéder à une synthèse, compte tenu de la diversité des plaintes du patient. Selon lui, les différentes affections dont est atteint le patient ne portent pas à conséquence prises séparément mais représentent, dans leur ensemble, une atteinte grave à la santé. Selon lui, une invalidité permanente se conçoit, dans l'état de fatigue chronique dans lequel se trouve l'assuré, dont il est impossible d'exiger l'assiduité constante et la ponctualité qu'un employeur est en droit d'attendre d'un collaborateur. La spondylarthrite ankylosante a évolué depuis 1972 avec quelques poussées inflammatoires ostéo-articulaires occasionnelles mais l'activité de ce rhumatisme inflammatoire est désormais peu importante. Il se manifeste surtout par une raideur matinale vertébrale douloureuse qui perdure deux heures environ. Le diabète est difficile à équilibrer et s'accompagne de complications : dysesthésies périphériques secondaires à une polyneuropathie et oedèmes vespéraux

consécutifs à une néphropathie avec protéinurie. Quant à l'hypertension, elle est également difficile à régler et exige une forte médication. S'y ajoute un syndrome d'apnée du sommeil sévère.

16. Ont été joints les rapports établis par les Drs O_____, pneumologue, et P_____, cardiologue. Ce dernier confirme la relative sévérité des apnées du sommeil et l'adéquation du traitement appliqué.

17. Le rapport du Dr M_____ a été transmis à l'autorité intimée qui, par courrier du 5 octobre 2004, a maintenu sa position. Son médecin conseil a en effet estimé que l'assuré ne présentait aucune limitation fonctionnelle importante et que seuls de gros travaux physiques seraient contre-indiqués.

EN DROIT

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

   Suite à l'annulation de l'élection des seize juges assesseurs par le Tribunal fédéral (TF) le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente (art. 162 LOJ) permettant au TCAS de siéger sans assesseurs, à trois juges titulaires, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

   Statuant sur un recours de droit public, le TF a, dans un arrêt rendu le 1er juillet 2004, confirmé que cette disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était, de surcroît, conforme au droit fédéral (ATF 130 I 226).

2. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, notamment sur les contestations en matière d'AVS-AI (cf. article 56 V LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances

sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI ; 831.20) et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (RAI ; 831.201). Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

4. Le recours, interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, est recevable, conformément aux art. 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS), dans leur teneur valable jusqu'au 31 décembre 2002.

5. L'invalidité est définie par la loi comme 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 (art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain consiste en la diminution moyenne prévisible des possibilités de gain de la personne concernée sur l'ensemble du marché du travail équilibré pouvant entrer en considération pour elle.

6. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. En ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyer une demi-rente et, si son invalidité atteint 66 2/3 %, une rente entière (art. 28 al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre droit à une demi-rente (art. 28 al. 1bis LAI).

7. Pour les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison de revenus : on compare le salaire que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui - après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail - à celui qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison doit en règle générale se faire de telle manière que les deux revenus hypothétiques soient chiffrés le plus exactement possible et mis en parallèle, leur différence permettant de déterminer le degré d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Si leur montant ne peut être déterminé avec précision, il conviendra de les évaluer selon les éléments connus dans le cas particulier et de comparer entre elles les valeurs approximatives ainsi retenues (VSI 2000 consid. 1b 84; VSI 2000 consid. 1a 316). Sont déterminants pour la comparaison des revenus les rapports existant au moment de la naissance du droit à la rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222, 128 V 174 ; cf. aussi ATFA I 440/01 du 22 août 2002 et ATFA I 761/01 du 18 octobre 2002).

8. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur les rapports adressés par le(s) médecin(s) traitant(s) à l'office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les centres d'observation médicale de l'AI, les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré, à indiquer quelles activités ce dernier est incapable d'exercer et dans quelle mesure. Les données médicales constituent en outre 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).

9. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge évalue les preuves de manière complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Il doit cependant examiner objectivement tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à sa disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351).

   L'élément décisif pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni le fait qu'il soit désigné comme un rapport ou une expertise médicale, mais bel et bien son contenu. 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 enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et réf.). L'expertise doit 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 équivoque aux questions posées (J. MEINE, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?, in Schweizerische Versicherungszeitschrift, 67/1999, p. 37ss). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BÜHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567ss).

10. En l'espèce, les diagnostics ont été clairement posés et ne prêtent pas à contestation : l'assuré souffre de diabète, de spondylarthrite ankylosante, d'hypertension artérielle, d'obésité et, également, d'apnées du sommeil. Le premier rapport médical établi par le Dr M_____, rhumatologue, en mars 2000, conclut certes à l'absence de toute justification d'ordre rhumatologique à

une incapacité de travail prolongée dans une activité professionnelle de bureau. Ce médecin a toutefois indiqué qu'il n'avait pas revu le patient depuis juin 1998 et que son appréciation ne se basait donc que sur des suppositions. Le Dr N_____, diabétologue, a pour sa part conclu à une incapacité de travail partielle due à l'atteinte rhumatologique, qu'il n'a pas pu évaluer, celle-ci n'étant pas de son ressort. Force est de constater que la décision litigieuse a donc été rendue en l'absence d'éléments médicaux suffisants pour déterminer la capacité de travail de l'assuré. On ne peut cependant pas en faire reproche à l'autorité intimée, l'assuré ayant alors refusé de se soumettre à l'examen d'un rhumatologue.

11. Depuis lors, cet examen a eu lieu, par le Dr M_____, qui a rendu son rapport en date du 30 août 2003. Ce rapport s'avère cependant insuffisant pour tirer des conclusions quant à la capacité de travail réelle de l'assuré. En effet, le médecin, tout en précisant qu'il est difficile de procéder à une synthèse compte tenu de la diversité des plaintes du patient, a précisé que c'est l'accumulation des différentes atteintes qui représentait dans l'ensemble une atteinte grave à la santé, sans aucunement évaluer les répercussions de cette dernière sur la capacité de travail.

12. Il ressort du dossier que l'assuré a effectivement subi une baisse de rendement. On en veut pour preuve les propos de son employeur, qui a indiqué que le salaire versé ne correspondait pas au rendement véritable de son employé mais lui avait été attribué en raison de son ancienneté.

    Dès lors, une instruction complémentaire s'avère nécessaire afin de déterminer les répercussions des différentes atteintes de la santé de l'assuré sur sa capacité de travail. Le Tribunal décide de renvoyer la cause à l'autorité intimée à charge pour cette dernière d'ordonner une expertise médicale multidisciplinaire conforme aux règles posées par la jurisprudence et rappelées ci-dessus. Il conviendra de déterminer quelles sont les limitations fonctionnelles engendrées par les différentes atteintes à la santé de l'assuré.

* * *

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 ;

Au fond :

2. L'admet partiellement ;

3. Annule la décision du 19 mars 2001 et renvoie la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire sous forme d'expertise médicale multidisciplinaire et nouvelle décision ;

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 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 qu'elle 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 :	La présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

Le présent arrêt est communiqué pour notification aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe