REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1954/2007 **ATAS/1028/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 25 septembre 2007

En la cause

Monsieur T_____, domicilié , 1214 VERNIER — recourant

contre

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

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

EN FAIT

1. Monsieur T_____, né le 1953, d'origine roumaine, vit en Suisse depuis décembre 1991. Ingénieur en informatique de formation, il a travaillé comme technicien help desk et support utilisateurs à plein temps, jusqu'au 8 décembre 2003, date à laquelle il a été licencié. Le 25 novembre 2004, il a déposé une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente.

2. Dans un rapport d'expertise rédigé à l'attention de la NATIONALE SUISSE ASSURANCES du 3 janvier 2004, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté que l'assuré souffrait d'un diabète de type II insulino-dépendant depuis 1998 mal équilibré, d'un status post-fistule anale trans-sphinctérienne postérieure avec incontinence de selles persistante, d'une hypertension artérielle mal compensée, d'une obésité morbide MBI 37 Kg/m2 et d'un syndrome dépressif réactionnel traité. Selon le Dr A_____, le pronostic paraît bon chez un patient encore jeune, à condition bien sûr, d'une part, d'obtenir de lui la compliance à son traitement, et d'autre part, en l'adressant dès que possible aux bons spécialistes. Il relève que le déséquilibre métabolique peut en partie être lié à la persistance de la fistule anale.

3. Dans un rapport du 24 septembre 2005, le Dr B_____, de l'Unité de proctologie des HUG, a indiqué que l'assuré avait présenté des problèmes de fissure anale, fissure traitée conservativement et guérie en octobre 1996, que le 29 septembre 2002, il avait été atteint d'une fistule trans-sphinctérienne haute marquée par la persistance d'un écoulement, qu'il avait bénéficié de deux interventions chirurgicales permettant de guérir la fistule, que la guérison avait été constatée en date du 24 juin 2003, que cette intervention avait été réalisée en régime hospitalier en raison du diabète insulino-dépendant et enfin que ce diagnostic de fistule guérie n'avait pas de répercussion sur la qualité ou les compétences dans le travail de ce patient.

4. Le Dr C_____ de la Permanence du Rond-Point, médecin traitant, a retenu, dans un rapport du 6 mars 2006, les diagnostics de diabète insulino-dépendant, de neuropathie diabétique, d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie. Il a indiqué que son patient était incapable de travailler à 100% de 2000 à 2004, puis à 50%. Selon lui l'état de santé s'aggrave. Dans l'annexe à ce rapport, il considère que l'assuré ne peut plus exercer aucune activité.

5. Un examen bi-disciplinaire a été réalisé le 19 décembre 2006 par les Drs D_____, spécialiste FMH en médecine interne, et E_____, spécialiste FMH en chirurgie générale, tous deux du Service médical régional AI (ci-après SMR). Les médecins ont retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, ceux de diabète de type II depuis 1998, insulino-requérant

depuis 2000 et de polyneuropathie des membres inférieurs (absence de discrimination au touché-piqué en chaussettes et pallesthésie à 0 aux membres inférieurs), et, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ceux de status après cure de fistule anale trans-sphinctérienne, d'incontinence relative pour les selles liquides, d'obésité, de lésion cutanée des cuisses, d' hypertension artérielle mal compensée sous traitement et d'hypercholestérolémie anamnestique.

Les médecins ont considéré que l'incapacité de travail était de 20% sous forme d'une diminution de rendement en raison d'une fatigue liée à un diabète mal compensé. Selon eux, l'activité habituelle est adaptée aux limitations fonctionnelles (idéalement l'assuré devrait pouvoir disposer de lieux d'aisance sur sa place de travail). S'il existe une petite diminution de rendement due à cette incontinence des selles, elle ne dépasse cependant pas 20%. Le diabète de type II peut être certainement mieux compensé avec un traitement plus suivi (l'assuré ne pratique pas l'autocontrôle glycémique à domicile). L'hypertension artérielle avec des valeurs de tension artérielle trop haute lors de l'examen et également lors de l'expertise du Dr A_____ pourrait être vérifiée par une mesure de la pression artérielle de 24 heures, et le cas échéant, traitée. Ils ajoutent que la diminution de rendement de 20% liée à la fatigue du diabète mal compensé doit théoriquement être corrigeable.

6. Dans une note du 7 février 2007, le Dr F_____ du SMR a ainsi constaté que selon les Drs D_____ et E_____, le diabète mal équilibré était responsable d'une légère fatigue, raison pour laquelle une diminution du rendement de 20% avait été retenue, qu'après prise en charge correcte de ce diabète, la fatigue devrait disparaître et qu'une telle prise en charge pouvait être exigée de la part de l'assuré. Quant à l'incontinence, celle-ci n'était qu'occasionnelle et ne diminuait pas constamment la capacité de travail de l'assuré.

7. L'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision le 20 février 2007, aux termes duquel, se fondant sur le rapport du SMR, il a constaté que le degré d'invalidité de 20% ne donnait pas droit à une rente.

8. Par courrier du 14 mars 2007, l'assuré a reproché à l'OCAI de ne pas avoir suffisamment tenu compte du fait qu'il souffrait de forts coups de fatigue en raison de son diabète insulino-dépendant et d'incontinence. Il a par ailleurs cité un certain nombre de médecins l'ayant examiné sans obtenir de résultat satisfaisant.

9. Constatant que certains de ces médecins ne lui étaient pas connus, l'OCAI a à nouveau interrogé le SMR.

   Dans une note du 10 avril 2007, le Dr F_____ a considéré que l'assuré n'avançait aucun nouvel élément médical, raison pour laquelle son appréciation du 7 février 2007 était maintenue.

10. Par décision du 20 avril 2007, l'OCAI a confirmé à l'assuré le rejet de sa demande.

11. L'assuré a interjeté recours le 18 mai 2007 contre ladite décision. Il allègue souffrir, alors qu'il est sous traitement, de maux de tête et de migraines ponctuelles et chroniques, de fluctuation entre les dioptries usuelles des yeux (+2,0 à -1,7), de "blancs" quotidiennement avec la perte momentanée de la mémoire, d'irritabilité excessive et ponctuelle d'humeur, d'agressivité, d'hyperglycémie courante entre 25 et 33 unités, d'hyperglycémie courante entre 1 et 2 unités, d'un sommeil de nuit perturbé, de la perte de la sensibilité des deux pieds jusqu'aux genoux, d'utilisation intempestive des toilettes ou d'incontinence, de douleurs dans les articulations et d'une fatigue permanente. Il conclut dès lors à l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période de mars 2006 à avril 2007 et d'une demi-rente depuis du fait qu'il fait l'effort d'assumer un 50% d'activité en vue d'une réintégration progressive.

12. Dans sa réponse du 18 juin 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

13. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 20 avril 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant essentiellement à l'année 2004, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. Le litige consiste à déterminer si les atteintes à la santé que présente l'assuré entraînent une incapacité de travail pouvant ouvrir droit, le cas échéant, à une rente de l'assurance-invalidité.

5. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

   L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

6. L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge pas l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain

que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné 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 (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

9. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

10. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

11. En l'espèce, les médecins du SMR ont estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail de 20% en raison d'une fatigue liée à un diabète mal compensé, étant au surplus précisé que cette diminution de rendement pourrait théoriquement disparaître grâce à un traitement plus suivi. Ils ont par ailleurs considéré que le status après cure de fistule anale trans-sphinctérienne ne constituait pas un diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail et relevé que l'incontinence n'était qu'occasionnelle. Ils ont ainsi conclu que dans l'activité habituelle, adaptée, en ce sens que l'assuré devrait pouvoir disposer de lieux d'aisance sur sa place de travail, celui-ci pouvait travailler à 80%. Le Dr A_____ a également qualifié le pronostic de bon, sous réserve d'une meilleure compliance au traitement. Le Dr B_____ a confirmé que le diagnostic de fistule guérie n'avait pas de répercussion sur la qualité ou les compétences dans le travail.

12. Seul le Dr C_____ a indiqué que son patient était incapable de travailler à 100% de 2000 à 2004, puis à 50%.

13. Force est toutefois de constater que le rapport d'examen des médecins du SMR se fonde sur une anamnèse détaillée, qu'il est complet, clair et convaincant, les médecins ayant expliqué pour quelles raisons ils ne retenaient qu'une diminution de rendement de 20%, enfin que les plaintes de l'assuré ont été prises en considération. Leurs conclusions sont au demeurant semblables à celles des Drs A_____ et B_____. Dès lors l'avis du Dr C_____ ne saurait suffire à écarter les conclusions concordantes des médecins

14. Reste à déterminer le degré d'invalidité.

    Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait

obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

S'agissant du calcul du degré d'invalidité, il convient en l'occurrence de se référer aux gains réalisés par l'assuré pour fixer le montant des revenus avec et sans invalidité déterminants. Lorsque ces derniers ont la même base comme en l'espèce, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (ATFA du 30 juin 2006, I 43/05). Le degré d'invalidité est ainsi de 20%.

Il sied de rappeler à ce stade que la déduction globale maximale de 25 % autorisée par la jurisprudence afin de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative lorsque l'évaluation de l'invalidité se fonde sur les salaires statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 124 V 321) ne s'applique pas en présence de salaires réels (ATF 129 V 482 consid. 4.2.3; ATF 126 V 75). Il n'est ainsi pas possible en l'espèce de retenir un abattement supplémentaire.

15. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité atteint 40% au moins, à une demi-rente s'il atteint 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il atteint 60% et à une rente entière s'il atteint 70% au moins. Il y a ainsi lieu de constater que le degré d'invalidité obtenu de 20% est insuffisant pour justifier l'octroi d'une rente.

15. Aussi le recours, mal fondé, doit-il être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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