

GE_GERICHTE A/482/2007 vom 10. Juli 2007

GE Cour de justice, 2007-07-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_482_2007

FR: GE_GERICHTE A/482/2007 du 10 juillet 2007

IT: GE_GERICHTE A/482/2007 del 10 luglio 2007

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.07.2007
A/482/2007

A/482/2007 ATAS/800/2007 du 10.07.2007 (AI) , ADMIS En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/482/2007
ATAS/800/2007 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 2 du 10 juillet 2007 En la cause Monsieur L _____, domicilié , 1219
CHATELAINE recourant contre OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur
L _____ (ci-après le recourant), né en 1949, souffre d'ostéoporose depuis 1989. Il
travaille en qualité d'employé -technicien d'assurance- auprès de la VAUDOISE
ASSURANCES depuis 1982, à raison de 50 % depuis novembre 2003. Il a déposé une
demande de prestations de l'assurance invalidité en date du 14 mai 2005, visant l'octroi
d'une rente. Dans son rapport du 19 septembre 2005, le docteur A _____, médecin
traitant du recourant, diagnostique avec répercussion sur la capacité de travail une
ostéoporose invalidante colonne et membre inférieur gauche, des fractures vertébrales, une
fracture du plateau tibial, une fracture de la cheville. D'autres affections sont diagnostiquées
sans répercussion sur la capacité de travail, à savoir une haute tension artérielle, une
hypersalivation, une épilepsie, un syndrome d'apnée du sommeil. Le patient se déplace
difficilement avec une canne, et porte un corset plus ou moins à demeure. Il fait l'objet d'un
suivi régulier par les spécialistes des (ci-après "établissement hospitalier"). Sa capacité de
travail est de 50 % depuis le mois de novembre 2003. Elle ne peut pas être améliorée par
des mesures médicales ni par des mesures professionnelles, et le pronostic est mauvais.
Dans un rapport du 26 juin 2006 au médecin traitant, la Dresse B _____, médecin
adjoint au service des maladies osseuses des "établissement hospitalier", précise que le
patient est atteint d'une ostéoporose masculine idiopathique avec, comme facteurs de risque
ajoutés, un tabagisme chronique et une sédentarité. Sont à déplorer une fracture de la
neuvième vertèbre thoracique en 1971, et de la septième vertèbre thoracique en 1989, et
plus récemment une fracture-enfoncement du plateau tibial externe gauche suite à une chute
de sa hauteur. L'évolution densitométrique a été favorable entre 2002 et 2004 et
objectivement défavorable lors de l'examen du 17 mai 2006. Le médecin traitant confirme
l'aggravation de l'état de santé, dans son rapport du 22 août 2006, au vu des examens
effectués et de leurs résultats. Constatant que l'activité habituelle du recourant est
parfaitement adaptée, mais que les conséquences de l'affection sur la capacité de travail et
les limitations fonctionnelles ne peuvent être déduites en l'état, le SERVICE MÉDICAL
RÉGIONAL AI (ci-après SMR) a diligenté un examen rhumatologique du recourant.
L'examen a eu lieu le 22 août 2006. Après une anamnèse complète, le médecin procède au
status clinique et à l'examen du dossier radiologique. Il ne retient aucun diagnostic avec
répercussion sur la capacité de travail, et comme diagnostics sans répercussion sur celle-ci

des dorsolombalgies chroniques, un syndrome douloureux de type fibromyalgique, un status post-fracture-enfoncement du plateau tibial gauche avec début de gonarthrose et un tabagisme chronique. En substance, l'examinateur considère que les douleurs décrites dépassent l'emplacement de la spondylarthrose étagée dorsale. Les troubles dégénératifs peuvent expliquer une partie des symptômes mais une discordance existe entre les plaintes et les constatations radio-cliniques objectivables. L'ostéoporose seule n'entraîne pas de douleurs osseuses. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'employé de bureau est de 100 %. Par décision du 11 janvier 2007, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) a refusé toute prestation au recourant sur la base de ces conclusions. Dans son recours du 8 février 2007, le recourant reprend l'évolution des faits, rappelle les diverses fractures et importantes douleurs générées par l'ostéoporose et maintient qu'il ne peut travailler qu'à un taux réduit de 50 % depuis le mois de novembre 2003. Depuis lors il doit se reposer après chaque demi-journée de travail. Il ne peut ni faire de longs trajets à pied, ni se tenir debout trop longtemps. Son assurance perte de gain, qui est également son employeur, a pleinement admis son incapacité de travail partielle, sur la base des divers rapports médicaux produits. La pathologie relève principalement d'une maladie osseuse et non de la fibromyalgie. Il conclut à l'annulation de la décision et à ce qu'une nouvelle décision conforme au droit soit rendue. Dans sa réponse du 22 mars 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours au vu du rapport de SMR. Par courrier du 2 avril 2007, Tribunal de céans s'est adressé à LA VAUDOISE ASSURANCE, aux fins d'obtenir le document sur la base duquel l'incapacité de travail partielle a été admise. Par courrier du 4 avril 2007, son médecin-conseil a déclaré n'avoir lui-même rédigé aucun rapport, mais donné des recommandations à l'employeur au vu des rapports médicaux produits et d'un entretien téléphonique avec le médecin traitant. Sur cette base il a évalué la capacité de travail du recourant à 50 %. Le Tribunal de céans a ordonné l'audition du médecin traitant en qualité de témoin ainsi que la comparution personnelle des parties. Lors de son audition du 15 mai 2007, le médecin traitant a déclaré ce qui suit : «Je suis le médecin traitant de M. L._____ depuis 1989, je suis généraliste, mais j'ai une spécialité en médecine manuelle, qui s'occupe des troubles à la colonne vertébrale et des thérapies y relatives. S'agissant de l'ostéoporose, je produis un schéma explicatif et précise ce qui suit : il y a deux ostéoporoses, la première que j'appellerais ordinaire, c'est celle qui affecte principalement les femmes d'un certain âge. La seconde, dite pathologique, c'est celle dont souffre mon patient, après avoir passé par le premier stade. On peut observer ce qui se passe sur le schéma. L'ostéoporose crée une raréfaction des travées osseuses. Lorsque l'on est au deuxième stade, les travées se trouvent tant raréfiées que de microfractures se produisent sans cesse. On voit d'ailleurs sur le schéma que la vertèbre se tasse. Cette raréfaction est visible sur les radiographies et encore plus grâce à des tests de minéralométrie qui montrent la densité des travées, examens qui sont régulièrement effectués chez M. L._____ et qui montrent une aggravation de l'ostéoporose dans le sens d'une diminution de la densité. Je précise que le stade d'ostéoporose de M. L._____ est assez rare. Pour ma part je n'ai eu que 2 patients à ce stade en 23 ans. Par conséquent, et à ce stade, l'ostéoporose est évidemment douloureuse en elle-même en raison de ces multiples microfractures. En position couchée, évidemment les douleurs s'amenuisent, et selon les mouvements elles peuvent devenir fortes. C'est la raison pour laquelle mon patient se trouve en incapacité partielle de travail. Sur question, j'indique que cette problématique est censée être connue de tous les médecins, sous réserve de sa rareté. J'explique que le taux d'activité de 50% est pour moi un maximum, il y a d'ailleurs des

moments où M. L. _____ ne peut pas se rendre au travail et où je dois établir un certificat d'arrêt, mais cela a le mérite de le maintenir dans une activité professionnelle ce qui est positif à plusieurs égards. C'est une maladie générale qui touche tous les os, on ignore en l'état quels os sont touchés chez M. L. _____, on découvre les lésions une fois qu'elles se sont produites. S'agissant par exemple de son genou, je produis un second schéma qui montre à droite du schéma, l'effondrement du plateau tibial du genou gauche qui a été causé par la raréfaction des travées osseuses. M. L. _____ explique qu'à cette occasion il avait raté une marche et qu'à la suite de très fortes douleurs, les examens des "établissement hospitalier" ont montré cet effondrement, qui est inopérable en l'occurrence vu la fragilité générale des os. Je confirme qu'il y a une aggravation des douleurs que les examens de laboratoire ont confirmée et qui est progressive. Plusieurs traitements ont malheureusement échoué, c'est comme si M. L. _____ ne fixait pas le calcium. Sur question, j'indique qu'à part les radiographies mentionnées dans le rapport de SMR, ont été effectuées d'une part des scintigraphies osseuses, la dernière en 2003 que je produis ici, qui ne montrait rien de particulier car cet examen révèle les fractures très récentes des dernières semaines, d'autre part, des tests de minéralométrie, le dernier datant de mai 2006. Vous me donnez lecture du 5ème et début 6ème paragraphe du rapport SMR. Je dirais que le médecin n'a pas pris en compte la problématique principale de mon patient qui est cette ostéoporose de stade pathologique, qui, comme je l'ai déjà expliqué, explique à elle seule les douleurs ressenties. Mon confrère a raison pour ce qui est de l'arthrose, et quant aux douleurs musculaires, elles s'expliquent également car les multiples microfractures ont pour conséquences que les muscles se contractent de façon réflexe, ce qui est douloureux. J'ajoute que selon les "établissement hospitalier", mon patient perd toutes les années, 1 à 2 % de son capital osseux, qui n'est déjà pas optimum. C'est ainsi qu'il a perdu 3,6% en deux ans au niveau lombaire et 6,5% au niveau de la hanche, malgré les traitements, (cf. rapport "établissement hospitalier" du 26 juin 2006). S'agissant de la conclusion de SMR page 7, selon laquelle la sédentarité et l'hygiène de vie joueraient un rôle dans les difficultés de mon patient, j'indique qu'il est exact qu'une activité physique est nécessaire à renforcer l'os, mais que dans le cas de M. L. _____, il doit trouver un équilibre, entre cette activité physique et les risques et douleurs qu'elle engendre. Il est vrai que le tabagisme est supposé avoir un effet négatif sur l'ostéoporose, mais cela n'est pas établi. A priori, un rhumatologue est compétent pour traiter de la question pour autant qu'il s'occupe de la maladie osseuse diagnostiquée ». Lors de l'audience en comparution personnelle des parties qui suivit, il a été convenu que l'OCAI transmettrait le procès-verbal d'enquête au SMR pour nouvelle détermination. Par pli du 19 juin 2007, l'OCAI a transmis l'avis médical, non signé, y relatif. Le docteur U. Von Rotz, indique ne pas s'aligner sur l'avis du médecin traitant, au motif que l'ostéoporose en tant que telle n'est pas douloureuse. Les limitations fonctionnelles retenues sont compatibles avec l'activité habituelle. Il n'y a pas eu d'aggravation des fractures-tassement entre 1989 et 1997. Une aggravation de douleur n'est pas confirmée, ni ne peut être confirmée par un examen de laboratoire. Le schéma dessiné par le témoin ne montre pas une vertèbre présentant des microfractures mais une fracture tassement classique, situation présente depuis 1989. Par conséquent il maintient son appréciation. Sur question du Tribunal, l'OCAI a indiqué que le médecin signataire de l'avis médical susmentionné est médecin anesthésiste et antalgique. Ces correspondances ont été transmises au recourant le 27 juin 2007, et la cause gardée à juger à cette date. EN DROIT 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. 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 la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA). La question litigieuse est de savoir si l'affection dont est atteint le recourant est invalidante et génère ou non un droit à la rente. L'OCAI prétend que non et s'appuie sur le rapport de SMR. Le recourant prétend que oui et s'appuie sur les autres rapports médicaux figurant au dossier. En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un 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 sont raisonnablement exigibles de la part 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 la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Pour 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 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). Enfin, si le juge, se

fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). En l'espèce, il est vrai que l'examen de SMR est complet. On peut cependant constater que, manifestement, l'examineur est passé à côté de la question. À l'évidence pas rompu aux problèmes de l'ostéoporose, l'examineur a été surpris par l'ampleur des plaintes et, dans l'impossibilité de les rattacher à l'affection, diagnostiquée pourtant par différents médecins spécialistes, a subodoré l'existence d'une fibromyalgie. Partant, il a exclu toute incapacité de travail. Il n'explique cependant pas comment ni pourquoi les spécialistes consultés de même que le médecin traitant arrivent tous à la conclusion d'une capacité de travail limitée au contraire de lui seul. L'enquête menée par le Tribunal de céans a apporté des précisions importantes sur le type d'ostéoporose diagnostiquée en l'espèce, et le médecin a expliqué de façon convaincante pourquoi, en l'occurrence, l'ostéoporose est elle-même cause d'incapacité de travail. L'avis médical rendu à la suite de cette enquête est sans pertinence. D'une part, il n'émane pas d'un spécialiste, puisque le médecin signataire est anesthésiste de profession. D'autre part, il n'est pas convaincant. Notamment, on peut relever qu'une aggravation de la situation a été objectivement démontrée par des examens en 2006. De plus, à aucun moment le médecin de SMR ne se détermine sur le résultat de ces examens de densitométrie. Au vu de la jurisprudence susmentionnée, le Tribunal constate, d'une part, que la situation médicale du recourant est claire, et ne justifie pas davantage d'investigation. D'autre part, qu'il y a lieu de suivre les médecins du recourant dans leur appréciation de la capacité résiduelle de travail, comme l'a d'ailleurs fait l'assureur perte de gain et l'employeur du recourant. Il y a dès lors lieu de retenir que l'ostéoporose idiopathique dont souffre le recourant est invalidante, en ce sens qu'elle limite sa capacité de travail à 50 %, depuis le mois de novembre 2003. Il sied dès lors d'examiner les conséquences de cette incapacité de travail sur le droit à la rente. On rappellera à ce propos qu'aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». En principe, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. Toutefois, le revenu effectif est réputé revenu d'invalide déterminant lorsque la personne assurée exerce une activité dans laquelle on peut admettre que sa capacité de travail résiduelle est pleinement utilisée, que le revenu réalisé correspond au travail fourni, et qu'on peut, soit s'attendre à ce qu'un tel revenu puisse aussi être obtenu ailleurs, de façon durable, soit considéré que l'on est en présence de conditions de travail particulièrement stables, lorsque l'on peut admettre que la personne assurée exercera vraisemblablement son activité aussi longtemps que son handicap le lui permettra. Dans un tel cas, le taux de l'incapacité de travail correspond au taux d'invalidité (cf. circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'invalidité et l'impotence, CIIAI, chiffre 3060). Tel est précisément le cas ici, car le recourant exerce une activité adaptée à son handicap, ce que SMR a lui-même reconnu, activité de bureau qui tient compte des limitations fonctionnelles dues à l'affection invalidante. Le contrat de travail est stable puisque le recourant travaille pour le même employeur depuis 1982, et que celui-ci a accepté de garder le recourant à un taux d'activité de 50 % depuis 2003. C'est donc un droit à une demi-rente d'invalidité qui doit être reconnu au recourant, depuis le 1^{er} novembre 2004 (art. 29 LAI). La décision litigieuse sera annulée, et l'OCAI invité à rendre une nouvelle décision au sens des considérants. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet, et annule la décision du 11 janvier 2007. Dit que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2004. Invite l'OCAI à rendre une nouvelle décision dans le sens des considérants. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI. Pour le surplus, dit que la procédure est gratuite. 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 Yaël BENZ La présidente Isabelle DUBOIS Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le