

GE_GERICHTE ATAS/1021/2011 vom 2. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1021_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1021/2011 du 2 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1021/2011 del 2 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

Monsieur G _____ (ci-après l'assuré), d'origine espagnole, né en 1951, installé à Genève depuis 1967, a obtenu un CFC de monteur sanitaire en 1970. Depuis 1998, il travaille pour l'entreprise X _____ SA.

E. 2

L'assuré a été victime d'un accident le 24 mars 2006, touchant son genou gauche, d'un deuxième accident le 7 décembre 2006, concernant l'épaule gauche, et d'un troisième accident le 7 juin 2007, touchant la cheville gauche. Ces accidents ont été annoncés à la SUVA. L'assuré est en incapacité de travail totale depuis le 24 mars 2006.

E. 3

L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité pour adultes auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (OAI) le 8 février 2007.

E. 4

Il ressort du questionnaire rempli par l'employeur le 19 février 2007 que le salaire de l'assuré s'élevait à 29 fr.42 de l'heure depuis le 1er janvier 2006. L'extrait du compte individuel AVS de l'assuré mentionne, pour l'année 2005, un salaire annuel de 60'304 fr.

E. 5

Selon le rapport médical du 19 février 2007 du Dr L _____, médecin traitant de l'assuré, le diagnostic est une fracture (illisible) du genou gauche, des raideurs et des douleurs séquellaires, avec répercussion sur la capacité de travail. L'état de santé est stationnaire. L'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible. Une autre activité est exigible, mais sédentaire, sans charges, ni marche et avec un rendement de 50 %.

E. 6

L'assuré a été ausculté par le médecin d'arrondissement de la SUVA dont le rapport du 24 janvier 2007 conclut que l'évolution n'est pas favorable. Il existe une importante réduction fonctionnelle du genou gauche dont l'étendue n'est pas expliquée totalement par l'importance des lésions traumatiques. La situation du genou s'est compliquée par une chute sur l'épaule gauche, avec actuellement une importante réduction de mobilité de cette articulation. En raison de la longue évolution, de l'association des lésions du membre inférieur et du membre supérieur, de l'importance des atteintes fonctionnelles actuelles, un séjour en clinique de réadaptation est indiqué.

E. 7

décembre 2006, capsulite rétractile de l'épaule gauche et arthrose acromio-claviculaire gauche débutante". Les comorbidités sont un trouble de l'adaptation avec réaction

dépressive prolongée, un diabète de type II traité par antidiabétiques oraux, une paraprotéïnémie IgG Kappa, à investiguer, une fracture de la cheville gauche en 1990 et une fracture de la cheville droite en 1994, ostéosynthésées et anamnestiques. Le statut ostéo-articulaire mentionne que le patient marche avec une canne. Sans canne, seuls quelques pas sont effectués avec une importante boiterie. La marche sur les talons et les pointes est esquissée mais n'est pas réalisée. L'accroupissement n'est pas possible, l'appui sur le pied gauche non plus. Le passage de la position assise à couchée est réalisé seulement si la jambe gauche est soutenue par la main. L'amplitude articulaire active (130° contre 90°) et passive (145° contre 110°) du genou est nettement plus importante à droite qu'à gauche. La palpation du genou gauche est douloureuse. S'agissant des épaules, la ceinture scapulaire est surélevée à gauche par rapport à la droite. La palpation de l'épaule gauche est sensible. L'amplitude articulaire est beaucoup plus importante à droite qu'à gauche (170° contre 90°). Procédant à l'appréciation et la discussion du cas, le médecin reprend le status et commente le bilan radiologique, lequel aboutit au diagnostic mentionné plus haut. S'agissant de l'épaule, outre la capsulite, le bilan radiologique montre des signes d'arthrose acromio-claviculaire. Durant le séjour, le patient a suivi un programme de physiothérapie de mobilisation articulaire, de remise en charge, de rééducation à la marche et de renforcement musculaire. À la sortie, il utilise un bâton de marche au lieu d'une canne et sur des petites distances, il marche sans canne. Les escaliers sont effectués un pas après l'autre, la position sur le pied gauche n'est pas tenue. Les douleurs au genou augmentent durant le séjour. En conclusion, le médecin indique que l'on peut présumer que l'évolution sera longue chez un patient présentant peu de ressources adaptatives. La situation médicale n'est pas stabilisée et il est trop tôt pour se prononcer sur la nécessité d'une réorientation professionnelle. L'incapacité de travail est prolongée du 5 avril au 3 mai 2007.

E. 8

Selon le rapport du consilium psychiatrique de la clinique romande réadaptation du

E. 12

Selon l'avis de la Dresse P_____ du SMR du 22 mai 2008, l'état de santé est stabilisé depuis février 2008, l'assuré est totalement incapable de travailler dans l'activité antérieure, mais dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, de sorte que des mesures professionnelles sont indiquées.

E. 13

L'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure de réadaptation professionnelle avec paiement d'indemnités journalières du 6 octobre 2008 au 18 janvier 2009. La mesure a finalement été limitée au 30 novembre 2008. Le rapport d'orientation du

E. 18

Le Dr L_____ indique à l'OAI par pli du 2 mars 2009 qu'il n'y a eu aucune amélioration au cours de l'année 2008. Le SMR précise le 17 avril 2009 que, malgré une canne et la prise de 300 mg de Tramal par jour, l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

E. 19

Par décision du 9 septembre 2009, la SUVA alloue une rente d'invalidité de 28% à l'assuré, estimant qu'il peut exercer une activité légère permettant de réaliser un revenu de 4'150 fr. comparé au revenu qu'il aurait obtenu sans accident de 5'800 fr. L'appréciation médicale

implique une atteinte à l'intégrité corporelle de 35%. L'assuré a formé opposition à cette décision.

E. 20

Par décision du 13 novembre 2009, l'OAI confirme son projet de décision.

E. 21

Par acte du 4 décembre 2009, l'assuré forme recours, conclut à l'annulation de la décision, à la constatation du droit de l'assuré aux prestations d'invalidité. Il fait valoir que la décision exclut à tort toute diminution de rendement, le Dr L_____ retenant quant à lui une diminution de rendement de 50%. La

- 8/16-

A/4364/2009 nécessité d'effectuer des pauses même dans une activité adaptée implique forcément de tenir compte d'une diminution de rendement. Même le Dr O_____ admet que l'assuré doit pouvoir se lever régulièrement dans le cadre d'un travail assis. En tenant compte de la nécessité de faire une pause de 10 minutes toutes les heures, le rendement est réduit de 50%, de sorte que le revenu d'invalidité est de 25'596 fr. impliquant une invalidité de 62,7%. (60'226 fr ./ 2 - 15%). L'assuré a joint à son recours deux rapports médicaux du Dr Q_____, spécialiste en médecine interne, des 16 et 25 novembre 2009. Le premier pose comme diagnostic une fracture non déplacée du massif des épines et fracture- arrachement peu déplacée du condyle fémoral interne du genou gauche, déchirure du ménisque interne, algodystrophie du genou gauche, arthrose fémoro-patellaire externe préexistante à l'accident, capsulite rétractile de l'épaule gauche, suite à l'accident de décembre 2006, fracture de la cheville gauche en juin 2007. Le médecin précise que le patient n'est plus capable de travailler dans sa profession de plombier à cause des séquelles de l'accident, soit des douleurs chroniques du genou, de la cheville et de l'épaule gauche, avec boiterie et limitations fonctionnelles. Le patient ne peut travailler qu'assis et pas de façon prolongée, avec des limitations importantes dans l'utilisation de l'épaule gauche. Il n'existe probablement pas d'activité qui corresponde à ses limitations dans la réalité. S'il existe une telle activité, le patient a un rendement diminué de 50%. Son avis du

E. 25

Par pli du 11 mai 2010, l'assuré adhère aux conclusions du Dr R_____ et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 24 mars 2007.

E. 26

Par pli du 2 juin 2010, l'OAI conclut au rejet du recours, sur la base de l'avis de la Dresse P_____ du SMR du 28 mai 2010, estimant que l'expertise n'a pas de valeur probante, car l'expert retient des diagnostics sans indiquer s'ils ont un effet sur la capacité de travail, se base essentiellement sur des facteurs non médicaux pour reconnaître une incapacité de travail totale dans toute activité, soit l'âge et l'absence de formation. Sans être psychiatre, et il a tenu compte d'un trouble de l'adaptation, qui n'est d'ailleurs pas incapacitant, pour fonder l'incapacité de travail.

E. 27

Le Tribunal a sollicité de la SUVA sa détermination suite à l'opposition de l'assuré à sa décision et la transmission de tout document médical postérieur à l'expertise du Dr N_____. Il a également demandé à l'expert de préciser la capacité de travail dans une

activité adaptée en faisant abstraction des éléments non strictement médicaux retenus (âge du patient, formation, échec de la réadaptation, marché du travail).

E. 28

Par pli du 21 juin 2010, l'expert a précisé qu'indépendamment de tout autre facteur, les limitations fonctionnelles de l'assuré ne permettent aucune activité lucrative, hormis dans un atelier protégé.

E. 29

Par pli du 30 juin 2010, la SUVA a indiqué que le dossier était en cours d'instruction, aucune décision sur opposition n'ayant encore été rédigée.

E. 30

Un délai a été imparti aux parties pour se déterminer.

Par pli du 11 août 2010, le conseil de l'assuré fait valoir que les conclusions de l'expert sont convaincantes, l'exploitation d'une capacité de travail résiduelle paraissant bien improbable lorsque l'on peut ni tenir assis correctement, ni se tenir debout adéquatement plus de cinq minutes, ni marcher sans canne ni attelle et que l'on souffre pour le surplus d'une impotence de l'épaule gauche. Les conclusions de l'expert ont effectivement prévu que le monde du travail n'offrirait aucune place de travail susceptible de s'accommoder de l'ensemble des limitations dont souffrait l'assuré, son âge et les troubles de l'adaptation n'arrangeant pas la situation, mais des éléments non médicaux ne peuvent pas diminuer une capacité de travail déjà

- 13/16-

A/4364/2009 nulle en raison des handicaps évoqués. Ainsi, la mise en œuvre d'une expertise complémentaire, notamment psychiatrique, n'est pas nécessaire.

Par pli du 16 août 2010, l'OAI maintient ses conclusions, sur la base de l'avis de la Dresse P_____, du SMR, du 4 août 2010, et persiste à dire que l'expert n'a pas expliqué les raisons qui lui font retenir une incapacité de travail totale dans toute activité.

E. 31

Par arrêt du 27 septembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales (la Chambres des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1er janvier 2011) admet le recours, annule la décision du 13 novembre 2009 et dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mai 2008.

E. 32

Par arrêt du 23 août 2011, le Tribunal Fédéral annule l'arrêt précité et renvoie la cause pour instruction complémentaire. En substance, il reproche à la juridiction cantonale d'avoir reconnu à l'expertise du Dr R_____ une valeur probante et de ne pas avoir suffisamment instruit la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée postérieurement à la stabilisation de l'état de santé en février 2008.

E. 33

Par pli du 18 octobre 2011, la Cour de céans impartit au délai aux parties pour faire valoir une cause de récusation, cas échéant proposer des questions complémentaires.

E. 34

Par pli du 2 novembre 2011, l'OAI indique n'avoir ni cause de récusation ni questions complémentaires à poser.

E. 35

Par pli du 2 novembre 2011, l'assuré propose quelques questions supplémentaires à poser, qui ont été partiellement retenues.

Attendu en droit que jusqu'au 31 décembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales le Tribunal était compétent en la matière (art.56 V de la loi sur l'organisation judiciaire; LOJ - RS E 2 05); Que, dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Que la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce ;

- 14/16-

A/4364/2009 Que le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA) ; Que le Tribunal fédéral a ordonné à la juridiction cantonale de mettre en œuvre une nouvelle expertise; Qu'il convient donc d'ordonner une telle expertise afin de déterminer si le droit de l'assuré à une rente d'invalidité a subi une modification notable au sens de l'art 17 LPGA, laquelle sera confiée au Dr S_____, spécialiste en chirurgie orthopédique; *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur G_____, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ; 2. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse. 2. Données subjectives de la personne. 3. Constatations objectives. 4. Dire s'il y a concordance entre les constatations objectives et les plaintes et/ou manifestations subjectives du recourant. 5. Diagnostic(s). 6. Conséquences sur la capacité de travail en tant que monteur sanitaire- plombier: a) Mentionner pour chaque diagnostic, puis globalement, les limitations fonctionnelles.

- 15/16-

A/4364/2009 b) Mentionner pour chaque diagnostic posé, puis globalement, les conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pour-cent. c) Dater la survenance de l'incapacité de travail durable en tant que monteur sanitaire-plombier, le cas échéant. 7. Dire si l'état de santé est stabilisé depuis février 2008. 8. Dire si l'état de santé s'est amélioré depuis février 2008. 9. Conséquences sur la capacité de travail dans une activité adaptée, après stabilisation de l'état de santé: a) Déterminer dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles retenues est exigible du recourant. b) Dans l'affirmative, à quel taux d'activité, avec quel rendement, et dans quel domaine. c) Préciser, le cas échéant, quelles sont les limitations fonctionnelles qui empêchent ou limitent l'exercice d'une activité adaptée. d) Préciser comment le degré d'incapacité de travail a évolué dans le temps. 10. Dire si l'assuré souffre d'atteintes à la santé qui ne ressortent pas de votre spécialité et susceptibles de diminuer sa capacité de travail dans une activité adaptée. 11. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle, en commentant le cas échéant les résultats du stage effectué en octobre 2008. 12. Expliquer

pourquoi vous partagez ou vous vous écarter de l'avis: a) du Dr R_____ ; b) du Dr T_____ ; c) du Dr N_____ ; 13. Pronostic. 14. Toute remarque utile et proposition de l'expert. 3. Commet à ces fins le Dr S_____, spécialiste en chirurgie orthopédique ;

- 16/16-

A/4364/2009 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; 5. Réserve le fond ;

La greffière

Irene PONCET

La Présidente

Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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