

GE_GERICHTE ATAS/1454/2012 vom 3. Dezember 2012

GE Cour de justice, 2012-12-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1454_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1454/2012 du 3 décembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1454/2012 del 3 dicembre 2012

Erwägungen

E. 6

Par rapport du 15 mars 2010, le Dr B _____ a signalé un épisode dépressif sévère. L'évolution avait été défavorable les six derniers mois sur le plan tant physique que psychique. Le traitement médicamenteux pour ses problèmes rhumatismaux avait été mal toléré et causé d'importants effets secondaires. Le patient n'arrivait pas à marcher normalement, se rendait en taxi aux consultations. Le pronostic était sombre. L'assuré refusait un traitement médicamenteux pour son affection psychique et suivait une psychothérapie.

E. 7

Dans son rapport d'avril 2010, le Dr C _____, rhumatologue aux HUG, a retenu le diagnostic de rhumatisme inflammatoire engendrant des douleurs chroniques fluctuantes, des lombalgies, des douleurs aux hanches et aux genoux. L'état de santé était stable. La reprise d'une activité professionnelle dans un domaine moins physique était possible. Le patient ne semblait cependant pas très motivé pour travailler. Le Dr C _____ avait déjà relevé dans son rapport du 18 décembre 2009 que le patient ne s'était pas présenté à plusieurs rendez-vous, ne prenait aucun médicament et ne faisait aucune physiothérapie.

A/3920/2011 - 3/10 - Au vu de la résistance développée par l'assuré à plusieurs traitements, le Dr C _____ avait proposé, en juillet 2009, une discussion avec le Dr D _____ en vue d'un nouveau traitement pour le rhumatisme psoriasique.

E. 8

Courant 2010, l'assuré a changé à plusieurs reprises de médecin, sans qu'un véritable suivi soit mis en place.

E. 9

Dans une attestation de novembre 2010, le Dr B _____, a indiqué que l'état de santé de son patient s'était aggravé. L'épisode dépressif était sévère. Le pronostic n'était pas bon.

E. 10

L'intéressé a été hospitalisé du 10 au 14 janvier 2010, afin de réévaluer sa maladie. Ont alors été mises en évidence une activité importante de la maladie rhumatismale, la présence de cinq articulations douloureuses, une dactylite du 4e doigt, ainsi qu'une ténosynovite du tibial postérieur gauche. Une activité alternant les positions assise et debout avec possibilité d'un troisième appui semblait envisageable à temps partiel. Le rapport d'ergothérapie préprofessionnelle établi à l'occasion de l'hospitalisation relève l'attitude flegmatique de l'assuré et son manque d'implication. Selon l'atelier de réadaptation préprofessionnelle des HUG, le patient ne souhaitait pas entreprendre de thérapie aux ateliers en raison de ses douleurs persistantes. Il s'agissait d'un patient révolté et pas du tout intéressé à suivre une

prise en charge en atelier.

E. 11

Le 26 juillet 2011, les Drs E_____ et F_____, tous deux psychiatres auprès du SMR, ont examiné l'assuré. Au termes de l'anamnèse, de l'auscultation et d'un entretien avec l'assuré et de l'analyse des examens médicaux effectués par les médecins traitants, les médecins du SMR ont retenu le diagnostic de rhumatisme psoriasique avec répercussion sur la capacité de travail et, sans répercussion sur celle-ci, des rachialgies dans un contexte d'un discret trouble statique et de quelques signes d'une ancienne maladie de Scheuermann, un excès pondéral, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique et des phobies spécifiques isolées. L'incapacité de travail dans une activité adaptée était de 30%. Les limitations fonctionnelles comportaient que l'assuré ne pouvait pas travailler en élévation de son bras droit ou en s'appuyant sur les deux poignets; son périmètre de marche était limité à 15 minutes, l'utilisation d'une canne l'aidait, mais n'était pas indispensable. Il devait éviter une position statique debout, accroupie et agenouillée. Dans un travail en position assise, l'assuré devait pouvoir se lever au moins une fois par heure. Une activité de gérant paraissait adaptée.

E. 12

Se fondant sur l'évaluation faite par le SMR, l'intimé a retenu qu'en travaillant à 70% dans une activité simple et répétitive, l'assuré aurait été en mesure de réaliser, en 2009, un salaire de 38'582 fr. (après abattement de 10%), alors que son revenu en tant qu'indépendant aurait été, sans invalidité, de 31'304 fr. Le degré d'invalidité

A/3920/2011 - 4/10 - étant nul, l'intéressé ne pouvait prétendre à des mesures professionnelles ni à une rente.

E. 13

Par acte expédié le 18 novembre 2011, l'assuré recourt contre cette décision, datée du 21 octobre 2011 et reçue le lendemain, dont il demande l'annulation. Principalement, il conclut à ce qu'une expertise bi-disciplinaire soit rendue et qu'une rente entière lui soit allouée. Subsidiairement, il sollicite que le calcul du degré d'invalidité se fonde, pour le revenu sans invalidité, sur un revenu moyen des chauffeurs de taxi et qu'un rabatement supplémentaire de 25% soit admis et, enfin, que des mesures d'orientation et de reclassement professionnel soient ordonnées. Il souligne que ses mains et ses poignets sont affectés par la maladie rhumatismale et ses doigts présentent des oedèmes. Le SMR reconnaît d'ailleurs que l'appui sur les deux poignets est prohibé. Les positions prolongées assise et debout sont également exclues. Ces limitations rendent difficilement imaginable une quelconque activité professionnelle. L'activité de "gérant" mentionnée par le SMR n'est pas précise et l'on ignore ce qu'elle vise comme activité. Certes, le manque d'implication du recourant a été relevé. Si les médecins le mentionnant avaient eu connaissance du diagnostic de dépression, ils auraient probablement qualifié différemment l'attitude de l'assuré. Par ailleurs, le revenu de référence aurait dû tenir compte des revenus que le recourant aurait pu réaliser comme chauffeur de taxi en 2006 et 2007 s'il n'avait pas été affecté du rhumatisme psoriasique présent depuis 2001. Enfin, le recourant estime que le Dr F_____ s'est attribué la qualité de psychiatre FMH, sans être habilité à porter ce titre. Son anamnèse est incomplète, en particulier du fait qu'il ne tient pas compte de la tentative de suicide de l'assuré à l'adolescence ni de l'aggravation de l'état psychique décrite par le psychiatre- traitant. La Dresse G_____, cheffe de clinique au service de rhumatologie aux HUG, constate

dans son rapport du 14 novembre 2011, annexé au recours, un rhumatisme actuellement actif pour lequel un nouveau traitement biologique est préconisé. Elle relève également être frappée par l'état dépressif marqué. Le port de charges, les positions assises prolongées et les mouvements répétés des doigts sont exclus. La Dresse E _____, qui n'est pas rhumatologue, ne tient pas compte des limitations fonctionnelles constatées lors de l'examen ergothérapeutique. Elle se contente de l'analyse des radiographies, alors que celles-ci ne permettent pas à elles seules d'évaluer l'évolution de la maladie. Le médecin du SMR ne mentionne pas non plus le fait que le recourant n'a pas répondu aux traitements entrepris et que sa maladie touche également ses doigts. En outre, cette affection se manifeste par crises. Or, le rapport du SMR ne se penche pas sur l'évolution de celles-ci. Il n'aborde pas non plus le problème de l'épaule droite, pourtant objectivé.

A/3920/2011 - 5/10 -

E. 14

L'intimé propose le rejet du recours. Il souligne l'absence d'implication du recourant relevée par le service de neuroéducation des HUG et l'atelier de réadaptation; ce manque de motivation n'est pas objectivé sur le plan médical. Par ailleurs, le recourant n'a pas demandé d'aide au placement, mesure lui ayant pourtant été accordée. Au vu du manque de motivation du recourant, la condition subjective à l'octroi de mesures d'ordre professionnel fait défaut. Par ailleurs, il n'est pas établi que l'état de santé du recourant ait eu des conséquences sur sa capacité de travail avant 2008. Partant, l'intimé pouvait se fonder sur les revenus réalisés par celui-ci en 2006 et 2007. De toute manière, même en tenant compte d'un revenu statistique pour le transport de personnes, le degré d'invalidité n'ouvrirait pas le droit à des prestations. L'abattement de 10% tenait suffisamment compte des circonstances du cas d'espèce. Le Dr F _____ dispose d'un titre reconnu en Suisse par la Commission des professions médicales du Département fédéral de l'intérieur comme "médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie". Certes, il a signé son rapport avec la mention "psychiatre FMH", alors qu'il n'est pas membre de la Fédération des médecins suisses. L'inscription auprès de la FMH ne détermine cependant pas les qualifications médicales de ce médecin, que seule la Commission précitée peut reconnaître. Le Dr F _____ était donc habilité à exprimer un avis de médecin psychiatre sur l'état de santé mental du recourant. Il a dûment tenu compte de la tentative de suicide de ce dernier. Par ailleurs, il s'est prononcé sur les troubles du sommeil et la prise de poids, qui ne peuvent, selon ce médecin, objectivement être mis en relation avec l'affection psychique. La Dresse E _____, psychiatre, n'est certes pas rhumatologue, mais sa spécialisation lui permet de porter un regard médical sur l'évaluation et la rééducation fonctionnelle ainsi que le diagnostic et le traitement des pathologies de l'appareil moteur. Enfin, le rapport de la Dresse G _____, qui n'est pas psychiatre, n'apporte aucun élément nouveau, tant sur le plan diagnostic que des limitations fonctionnelles.

E. 15

Dans sa réplique, l'assuré persiste dans ses conclusions. Il souligne que le fait que le Dr F _____ se soit affublé du titre "FMH" sans être membre de la fédération des médecins dénote que celui-ci a souhaité donner à sa contribution un poids qu'il n'aurait pas autrement et laisse supposer qu'il pourrait être susceptible "d'arranger la réalité si nécessaire". Le recourant expose également que si ses troubles du sommeil, sa prise de poids et sa tentative de suicide à l'adolescence sont évoqués par le SMR, ces éléments ne

sont pas discutés.

E. 16

Par courrier du 30 janvier 2012, l'assuré a indiqué être suivi par le Dr H_____ depuis novembre 2011. Ce médecin a établi un rapport indiquant que l'état de santé de son patient ne lui permettait pas de travailler, même dans une activité adaptée. L'atteinte articulaire inflammatoire au niveau des pieds et des épaules rendait difficile de se déplacer et de bouger les membres supérieurs.

A/3920/2011 - 6/10 -

E. 17

L'intimé a pris connaissance de ce rapport et conclu à une aggravation de l'état de santé depuis juillet 2011. Il a ainsi conclu au renvoi du dossier en vue d'une instruction complémentaire.

E. 18

Le recourant a contesté que son état de santé se soit aggravé; il a estimé que l'appréciation du SMR n'avait pas été effectuée dans les règles de l'art. Dans la mesure où l'instruction faite par l'intimé ne débouchait pas, sur des points importants, sur des résultats suffisamment clairs, il appartenait au juge de procéder à une expertise. L'assuré s'opposait ainsi au renvoi du dossier à l'administration. L'expertise devait, à son sens, également porter sur les aspects psychiques de son état de santé.

E. 19

Par ordonnance du 4 mai 2012, la Cour a mis en œuvre les Drs I_____, rhumatologue, et J_____, psychiatre, à titre d'experts.

E. 20

Sur le plan rhumatologique, l'experte a conclu à une incapacité de travail totale depuis juillet 2008. La dépression dont souffre l'expertisé a été qualifiée de grave; ce trouble existe depuis fin 2008 au moins et s'est progressivement aggravé. La diminution de la capacité de travail, en raison des affections psychiatriques, est survenue dès 2009, avec une aggravation en mars 2010. L'amélioration constatée dans le rapport du SMR en été 2011 ne paraissait pas probable. En consilium, les experts ont retenu l'existence d'une incapacité de travail entière dans l'activité habituelle comme dans toute activité depuis juillet 2008.

E. 21

Le recourant a souligné la qualité de l'expertise, à laquelle il convenait d'attribuer pleine valeur probante.

E. 22

L'intimé s'est référé à l'avis du SMR relatif à l'expertise. Ce dernier a considéré que les experts avaient effectué une étude fouillée du dossier médical, un examen clinique somatique et psychiatrique complet, pris en charge les plaintes de l'assuré et apporté des conclusions précises et bien motivées. Il relève que la maladie inflammatoire de l'assuré est sévère, présente des fluctuations dans son activité et répond mal aux traitements entrepris. Selon les experts, elle entraîne une limitation de la capacité de travail dès 2008, de manière durable, mais reconnaissent l'amélioration temporaire constatée en été 2011 par le SMR. Lors de cet examen, l'assuré se trouvait dans une phase moins active, ce qui expliquait la

différence d'appréciation entre les experts. Le SMR reconnaissait cependant que l'état de santé de l'assuré s'était à nouveau aggravé à fin 2011 sur la plan rhumatologique et psychiatrique et demeurait depuis lors en incapacité de travail totale.

E. 23

Par courrier du 10 octobre 2012, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

A/3920/2011 - 7/10 - EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 26

septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans la forme et le délai prescrits (art. 60 et 61 let. b LPGA), le recours est recevable. 3. La question litigieuse porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). b. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% 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. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1er LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire. c. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge 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, à ce motif, incapable de travailler. En

A/3920/2011 - 8/10 - outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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

lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351, consid. 3b/aa et les références). d. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2). e. En l'espèce, l'expertise comporte une anamnèse complète, tient compte des plaintes de l'assuré, des traitements suivis et du dossier médical mis à disposition. Par ailleurs, les experts ont effectué un examen clinique, respectivement des observations cliniques. Chaque expert a ensuite procédé à une discussion circonstanciée. L'experte rhumatologue a posé les diagnostics de rhumatisme psoriasique avec une atteinte principalement périphérique évoluant depuis 1995 et de rachialgies chroniques. L'affection rhumatologique, qui atteint les pieds, les chevilles l'épaule droite, les poignets et les mains, rend impossible l'exercice de toute activité. La maladie connaît des périodes actives et moins actives; elle est donc fluctuante. Depuis juillet 2008, elle est devenue plus active. Elle semble avoir été moins active début 2010, peut-être également en été 2011 lors de l'examen par le SMR, mais s'est ensuite à nouveau aggravée. L'experte-rhumatologue explique ensuite pour quels motifs elle ne partage pas certaines conclusions de l'expert du SMR et prend également position sur le rapport du rhumatologue nouvellement consulté par le recourant. L'expert psychiatre expose que l'état psychique du recourant s'est dégradé dès 2008. En automne 2009, un trouble anxio-dépressif est signalé. Celui-ci s'est aggravé en mars 2010 en état dépressif sévère. L'expert expose les motifs pour lesquels il ne partage pas l'appréciation faite par le médecin du SMR qui a conclu à un état

A/3920/2011 - 9/10 - dépressif léger. Il relève également que le refus de suivre la médication proposé s'explique par les nombreux traitements médicamenteux suivis sans succès pour la maladie rhumatologique. Par ailleurs, il existe un risque d'interaction encore insuffisamment connu avec ces médicaments relativement récents. De toute manière, un traitement antidépresseur ne peut effacer l'atteinte articulaire et cutanée. L'incapacité de travail pour raisons psychiatriques est entière. Les diagnostics retenus par les experts judiciaires sont clairs et corroborés par les constatations faites par les médecins traitant. Les réponses et conclusions des experts ne comportent aucune ambiguïté ni contradiction entre elles, voire avec des éléments de l'exposé qui les précèdent. Enfin, les experts se sont prononcés également en consilium. Leurs conclusions en consilium sont claires, à savoir que le recourant présente une incapacité de travail totale depuis juillet 2008 dans toute activité et qu'il n'a pas à prévoir de mesures de réadaptation professionnelle. Ces conclusions ne présentent aucune contradiction avec les constatations et explications données par les experts dans leur rapport respectif. Comme le relève le SMR, l'expertise apporte des conclusions précises et bien motivées. Aucun élément au dossier ne permet de douter de leur bien-fondé ni ne justifie pour un autre motif de s'en écarter. Partant, la Cour se rallie aux conclusions de l'expertise et retiendra l'existence d'une incapacité de travail totale à compter de juillet 2008, date à laquelle la maladie rhumatismale est devenue active. Elle retiendra également, au vu des réponses claires et non contestées données par les experts, qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'est envisageable. Lors du dépôt de la demande de prestation, le 17 août 2009, l'incapacité totale de travail du recourant avait

duré plus d'une année. Partant, son droit à une rente entière a pris naissance à compter du 17 février 2010 (art. 29 al. 1 LAI). La rente est ainsi due dès le début du mois de février 2010 (art. 29 al. 3 LAI). 4. L'intimé, qui succombe, s'acquittera d'un émolument de 800 fr. (art. 69 al. 1bis LAI) et versera une indemnité de 1'500 fr. au recourant à titre de dépens (art. 61 let. g LPG). * * *

A/3920/2011 - 10/10 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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