

GE_GERICHTE ATAS/305/2010 vom 23. März 2010

GE Cour de justice, 2010-03-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_305_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/305/2010 du 23 mars 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/305/2010 del 23 marzo 2010

Regeste

Résumé: Selon le Tribunal cantonal : dans le cas d'espèce, en procédant à une appréciation des moyens de preuve en sa possession, il a été convaincu par les avis concordants des médecins traitants tant s'agissant des diagnostics à retenir, que s'agissant des limitations fonctionnelles dues à l'affection diagnostiquée. Pour ce qui est de la capacité de travail, le tribunal a plus particulièrement été convaincu par les explications d'un des médecins traitants, qui avait en l'espèce une connaissance précise du dossier, qui a procédé à des examens réguliers de la patiente et qui a pu observer les effets des traitements prescrits. Pour toutes ces raisons, le Tribunal a exclu l'expertise COMAI et n'a pas ordonné d'expertise judiciaire. Selon le Tribunal fédéral : On ignore si la réduction de 10% opérée par la juridiction cantonale porte sur le taux de capacité de travail proprement dit ou sur la perte de gain. En outre, elle a procédé à une évaluation de l'invalidité selon une méthode qu'elle n'a pas explicitée.

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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.

E. 2

La 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 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la demande de prestation a été formée le 19 avril 2007 et la décision litigieuse date du 28 octobre 2009. Le litige concerne l'octroi d'une rente postérieurement au 31 janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, entrées en vigueur le 1er janvier 2004 et des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision entrées en vigueur le 1er janvier 2008, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

Sont litigieux l'octroi d'une rente au-delà du 31 janvier 2008, et singulièrement, la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée dès fin novembre 2007, ainsi que les conséquences juridiques de l'interruption du traitement prescrit.

E. 5

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou

A/4201/2009 - 9/14 - d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Conformément à l'art. 7 al. 1er LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). 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. c) 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 de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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

A/4201/2009 - 10/14 - 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 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). On ne saurait mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un COMAI – dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'Office fédéral des assurances sociales sont garantis (ATF 123 V 175) – et un rapport médical établi par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) ; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est de manière générale nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères exposés précédemment (ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2).

E. 6

Dans le cas d'espèce, l'avis des médecins traitants de l'assurée et de ceux du CEMED et du SMR se rejoignent totalement ou partiellement sur divers aspects. D'abord, s'agissant des diagnostics à retenir. Le diagnostic ayant une répercussion sur sa capacité de travail est une spondylarthropathie. S'agissant des autres diagnostics évoqués, soit l'asthme et le syndrome obstructif d'une part, l'obésité d'autre part, ils ne sont pas en eux-mêmes invalidants. Par contre, la surcharge pondérale aggrave ou participe aux douleurs, selon les médecins traitants. Elle est l'une des causes principales, selon le SMR, des douleurs multiples que ressent l'assurée. La dépression n'est plus en question depuis 2007. De même, les divers médecins sont concordants, s'agissant des limitations fonctionnelles dues à l'affection diagnostiquée: l'assurée doit alterner les positions assise et debout, elle ne peut pas rester en position statique debout plus de 30 minutes, ni assise plus d'une heure, le port de charges est limité à 7kg, son médecin traitant ajoute qu'elle ne peut pas s'accroupir, ni s'agenouiller, et s'agissant des affections respiratoires, elle ne doit pas travailler dans une atmosphère de poussières ou enfumée.

A/4201/2009 - 11/14 - Enfin, tous les médecins admettent qu'un traitement biologique (HUMIRA ou REMICADE) améliore la situation inflammatoire et donc douloureuse, mais le Dr B _____ estime cette amélioration à 50%, alors que les autres médecins ne se prononcent pas précisément, se contentant d'affirmer que l'inflammation est plus calme sans exclure la présence de douleurs. Le CEMED précise qu'un traitement efficace éviterait les limitations constatées, sans se prononcer sur la réelle efficacité du traitement. Par contre, les avis divergent, s'agissant de l'évolution de la situation au-delà de fin 2007. Le CEMED retient que l'assurée est limitée dans toutes ses activités lors de poussées inflammatoires mais, en raison de la période calme constatée lors de l'examen effectué en 2007, le CEMED

conclut que la capacité est à nouveau entière depuis le traitement d'HUMIRA. Le SMR, suivant l'avis du CEMED reprend les mêmes conclusions, sans autre développement. Toutefois, le CEMED prend la précaution de préciser que l'évolution est difficilement prévisible avec ce genre de pathologie, avec des épisodes inflammatoires possibles pouvant être déclenchés par des efforts ou des traumatismes. La contradiction de l'avis du SMR, basé sur l'expertise du CEMED, provient de son revirement de position fondé uniquement sur la décision des HUG d'administrer à l'assurée un traitement de REMICADE en 2008, car cela démontrerait que la situation est assez grave et n'est pas stabilisée. En effet, le SMR admet que l'affection retenue implique une incapacité de travail totale jusqu'à à fin novembre 2007, la situation étant améliorée du fait du traitement administré peu avant, mais n'explique pas pourquoi elle n'impliquerait plus aucune incapacité de travail ensuite, malgré le constat d'une nouvelle aggravation début 2008 et les traitements tentés par les HUG. Or, les avis constants du Dr B_____ indiquent que la situation ne s'est jamais complètement stabilisée et notablement améliorée depuis 2005. Il s'agit certes du médecin traitant, dont l'avis doit être considéré avec circonspection, compte tenu de l'empathie naturelle qu'il a pour sa patiente, mais qui a, par contre, l'avantage d'être fondé sur des examens réguliers de la patiente, une vérification concrète des effets bénéfiques des divers traitements tentés et une connaissance précise de son dossier radiologique, alors que le SMR se détermine en l'absence de certaines pièces du dossier et sur la base d'un seul examen. Par ailleurs, il y a divergence s'agissant de l'efficacité des divers traitements administrés, comme indiqué plus haut, et en particulier, des conséquences de l'interruption des perfusions de REMICADE. Sans aucune explication, les médecins du SMR (le CEMED ne s'est plus prononcé suite à l'expertise de décembre 2007) affirment que la fin du traitement n'a pas impliqué d'aggravation, alors qu'avant son administration, le SMR considère que la décision des HUG est la démonstration de ce que l'affection est invalidante.

A/4201/2009 - 12/14 - C'est donc en réalité en raison de l'abandon du traitement, mais sans justification explicite, que le SMR conclut à une totale capacité de travail et à la fin de l'octroi d'une rente entière dès fin novembre 2007. A ce propos, les explication données par le Dr B_____ sont circonstanciées et documentées sur plusieurs années de traitement. D'une part, il faut admettre que la patiente est fondée à cesser divers traitements dont les effets secondaires (nausées et problèmes digestifs dus au traitement préalable concernant la tuberculose, ainsi qu'au cumul de divers traitements) sont aussi perturbants que l'affection traitée, mais de surcroît source d'inquiétude quant à la nocivité du traitement (perte de cheveux). D'autre part, il a été démontré que les divers traitements tentés améliorent seulement partiellement la situation, preuve en sont les résultats biologiques qui montrent encore des signes inflammatoires après la fin d'un traitement complet d'HUMIRA, à une période (fin 2007) où la situation douloureuse était la plus calme. A ce sujet, l'examen de l'ensemble des rapports médicaux montre de régulières périodes d'aggravation de l'état de santé de la patiente, ce que le SMR semble admettre, lorsqu'il indique que la capacité de travail dépend de la résistance du rhumatisme inflammatoire aux contraintes mécaniques, dès lors que l'intensité de l'inflammation peut varier et donc avoir des conséquences sur la capacité de travail. Par ailleurs, aucun élément pertinent ne permet d'exclure l'existence et le lien de causalité entre les douleurs, constatées par tous les médecins, et les affections retenues, avec un degré de vraisemblance suffisant pour être admis. Il faut ajouter que les analyses des radios faites par le Dr B_____, et pour certaines non examinées par le SMR, indiquent la présence, en sus de la spondylarthropathie, d'une sacroillite (le CEMED

relève des douleurs et une lésion radiologique) et une arthrose débutante des genoux, qui sont la source de douleurs supplémentaires. Reste à examiner la part de l'obésité et de l'absence de traitement dans le taux de la capacité de travail de l'assurée. Tous les médecins, y compris le Dr B _____, indiquent que l'obésité aggrave les douleurs ressenties par l'assurée. Toutefois, il n'est pas possible d'admettre que la perte de poids, à elle seule, permettrait de considérablement améliorer la situation. A défaut, comment expliquer, alors que l'obésité est constante depuis 2005, les aggravations et améliorations intervenues depuis lors. L'absence de compliance aux traitements proposés est certainement aussi responsable, en partie, du caractère stationnaire, avec des phases de poussées inflammatoires, de la situation. Toutefois, les rapports médicaux montrent, d'une part, que les traitements les plus forts avaient eu un effet limité dans le temps, et, d'autre part, qu'il n'était pas toujours exigible de l'assurée qu'elle se soumette, en permanence à des traitements lourds et aux effets secondaires pénibles, alors que leur efficacité n'est que partielle.

A/4201/2009 - 13/14 - Ainsi, compte tenu de l'ensemble des motifs qui précèdent, le Tribunal retiendra que l'avis du Dr B _____ est nuancé, qu'il tient compte de la part de l'obésité et de l'absence de traitement de fond continu lorsqu'il retient qu'avec ce traitement, la capacité de travail de l'assurée ne dépasserait pas 50%, et ce dans une activité adaptée. De plus, la fluctuation des périodes inflammatoires, l'existence d'autres affections invalidantes et la présence de douleurs constantes ont convaincu le Tribunal de ce qu'une activité de plus de quelques heures chaque jour n'est pas exigible régulièrement de la part de l'assurée. De même, l'activité de réceptionniste- téléphoniste, dans un environnement ordinaire de travail, s'accommode mal de la nécessité de ne pas rester assise plus d'une heure. Sur cette base, afin de tenir compte de la part de l'obésité et de l'irrégularité des traitements dans l'incapacité de travail, le Tribunal retient que la capacité de travail résiduelle de l'assurée est de 60%, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, mais qu'en raison de la réduction du rendement liée aux nécessités d'alterner les positions, la capacité de travail est de 50%, donnant droit à une demi- rente depuis le 1er février 2008.

E. 7

Le recours sera donc partiellement admis et un émolument de 200 fr sera mis à charge de l'OAI qui succombe.

A/4201/2009 - 14/14 -

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