

GE_GERICHTE ATAS/423/2010 vom 21. April 2010

GE Cour de justice, 2010-04-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_423_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/423/2010 du 21 avril 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/423/2010 del 21 aprile 2010

Erwägungen

E. 4

Le recours interjeté par l'assuré a été rejeté par la Commission cantonale de recours AVS/AI, alors compétente, par jugement du 19 décembre 2000.

E. 5

L'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations en date du 13 septembre 2007, visant à l'octroi d'une rente. Il a fait état de problèmes cardiovasculaires et d'une opération cardiaque intervenue aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en date du 16 mai 2007.

E. 6

Dans un rapport médical du 19 décembre 2007, le Dr N_____, du groupe médical d'Onex, a diagnostiqué une insuffisance artérielle des membres inférieurs stade II et III, opérée en mai 2007, des hernies discales lombaires et une arthrose

A/1474/2009 - 3/11 - diffuse. L'hypertension artérielle traitée et l'hypercholestérolémie sont sans répercussion sur la capacité de travail. Selon le médecin, l'intéressé a été en incapacité de travail de 60% du 15 janvier 2007 au 15 mars 2007, de 100% du 15 mai 2007 au 16 septembre 2007, et de 60% dès le 17 septembre 2007 pour une durée indéterminée. Dans l'activité de mécanicien auto-moto, l'incapacité de travail est de 100%. Le médecin a indiqué que le patient ne pouvait plus exercer son travail de mécanicien, qu'il présentait une diminution de rendement de 60%, mais que l'on peut exiger de lui qu'il exerce une autre activité, comme par exemple celle de chauffeur scolaire. Cette activité peut être exercée à raison de 4 heures par jour, sans diminution de rendement. L'assuré pouvait exercer une activité qui permettait le changement de positions et sans port de charges.

E. 7

Dans un rapport établi en date du 18 décembre 2006 à l'attention du Dr N_____, le Dr O_____, spécialiste FMH en médecine interne - angiologie, a diagnostiqué une insuffisance artérielle chronique des membres inférieurs bilatérale sévère stade IIB à III sur des lésions proximales aorto-iliaques. Une artériographie des membres inférieurs a été pratiquée le 26 décembre 2006 à l'hôpital de la Tour de Meyrin. Le praticien préconisait également un bilan coronarien et proposait de revoir le patient en janvier pour un écho-Doppler des axes carotido-vertébraux.

E. 8

L'intéressé a séjourné du 15 mai au 25 mai 2007 dans le service de chirurgie cardiovasculaire des HUG. Les médecins ont diagnostiqué un syndrome de Leriche avec occlusion de l'artère iliaque droite et sténose serrée de l'artère iliaque gauche, s/p orchite et une épидидymite en 2002 et un ancien tabagisme chronique. Les médecins ont pratiqué le 16

mai 2007 un pontage aorto-bifémoral sous anesthésie générale. Les suites opératoires ont été simples et afébriles avec ablation du redon abdominal sur une cicatrice calme et propre. Un CT-Scan abdominal était recommandé dans les deux mois. Le reste du séjour s'est déroulé sans complications et l'assuré a pu quitter l'hôpital pour un retour à domicile le 25 mai 2007.

E. 9

Le scanner abdominal pratiqué le 16 juillet 2007, a révélé des données tomodensitométriques abdomino-pelviennes objectivant un status post-pontage aorto-bifémoral parfaitement perméable, sans signes de fuite de produit de contraste. La présence de plaques athéromateuses hypodenses au niveau de l'aorte abdominale sous-rénale et une discrète hypertrophie prostatique avec discrets signes de vessie de lutte ont été mis en évidence. Les autres données étaient sans anomalies significatives.

E. 10

A la demande du SMR, le groupe médical d'Onex a produit les images radiologiques ainsi que divers autres examens pratiqués chez l'assuré. Dans un avis du 14 avril 2008, le SMR a relevé qu'au plan cardiovasculaire, l'assuré présente un status après pontage aorto-bifémoral le 16 mai 2007, le scanner du 16 juillet 2007

A/1474/2009 - 4/11 - mettant en évidence le pontage de calibre normal et parfaitement perméable. Il n'a pas été rapporté les courbes de Doppler, l'index et les pressions systoliques. Aucun document de la colonne n'a été transmis au SMR, le traitement de l'asthme et le traitement général ne lui ont pas été communiqués. Avant de procéder à un éventuel COMAI, le SMR a sollicité l'apport du dossier de l'assurance-maladie et de l'assurance perte de gain.

E. 11

L'intéressé a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et chirurgical au SMR en date du 24 juin 2008 où il a été examiné par les Drs P_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et Q_____, spécialiste FMH en chirurgie générale. Les médecins ont posé les diagnostics suivants, avec répercussions sur la capacité de travail : lombo et pseudo-sciatalgies à bascule sur troubles statiques et dégénératifs, douleurs chroniques à caractère mécaniques du membre supérieurs droit sur flexum irréductible du coude sur probables troubles dégénératifs, arthroses métacarpo-phalangiennes avec phénomène inflammatoire, probable périarthrite de hanche, scapulalgies par intermittence gauche sur vraisemblable syndrome de la coiffe des rotateurs à caractère dégénératif et enfin, une faiblesse et douleurs de la paroi abdominale sur status cicatriciel après pontage aorto-bifémoral. L'assuré présente des limitations fonctionnelles, en ce sens qu'il ne doit pas porter de charges supérieures à 2,5 kg au membre supérieur droit, de façon répétitive et occasionnelle de 5 kg, il doit éviter les mouvements en antépulsion au-delà de 60° et de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 90°, la position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assis-debout au minimum 1 fois, les positions en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance, de monter ou descendre les escaliers, l'exposition au froid et les terrains instables. Les médecins ont conclu que l'assuré présentait une incapacité de travail de 40 % dans son activité habituelle depuis janvier 2007 et qu'une incapacité totale de travail pouvait être admise du 15 mai 2007 au 19 septembre 2007 en relation directe avec la chirurgie vasculaire qu'il a subie. Depuis octobre 2007, le SMR considère que la capacité de travail est à nouveau de 60 % dans l'activité habituelle.

En revanche, dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 100 %, sans diminution de rendement, depuis octobre 2007.

E. 12

Le 22 janvier 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision de refus de prestations, le degré d'invalidité retenu étant de 18 %. La Dresse R_____, spécialiste FMH en médecine générale, a fait savoir à l'OAI par courrier du 20 février 2009 qu'elle ne comprenait pas ce projet et souhaitait faire recours.

E. 13

Par décision du 25 mars 2009, l'OAI a notifié à l'assuré une décision de refus de prestations. Il a considéré que l'assuré était en mesure d'exercer, dès octobre 2007, une activité adaptée à 100% , de sorte qu'après comparaison des gains, le degré d'invalidité est de 18 % (arrondi).

A/1474/2009 - 5/11 -

E. 14

L'assuré interjette recours en date du 22 avril 2009, faisant valoir qu'il était occupé comme chauffeur de transport scolaire à 36 % depuis le mois de septembre 2008 et qu'il ne comprenait pas les calculs opérés par l'OAI. Il a rappelé qu'il avait subi une intervention cardio-vasculaire en 2007 et qu'il n'avait plus la même mobilité qu'auparavant.

E. 15

Dans sa réponse du 25 mai 2009, l'OAI relève que la capacité de travail du recourant a été évaluée sur la base de l'examen clinique rhumatologique et chirurgical du 24 juin 2008. S'agissant de l'activité exercée par le recourant, elle ne saurait avoir d'incidence, dès lors qu'une pleine capacité de travail lui a été reconnue dans une activité adaptée. Les revenus sans et avec invalidité ont été déterminés sur la base des statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. L'OAI conclut au rejet du recours, le recourant n'ayant invoqué aucun élément nouveau.

E. 16

septembre 2009. Le recourant a déclaré qu'il était toujours en arrêt de maladie à 50 %, prescrit par la Dresse S_____, et que depuis septembre 2008, il travaillait comme chauffeur professionnel dans le transport de personnes, à 36%. Il a allégué souffrir depuis quelques mois d'un syndrome des loges du bras droit, pour lequel il devrait se faire opérer. Il a également subi un accident au mois de mars ou avril 2009, lors duquel il s'est blessé au genou droit. L'évolution n'est pas favorable. S'agissant de l'insuffisance artérielle, il a indiqué que le contrôle effectué en 2009 avait démontré qu'il n'avait récupéré que 50 % de « ce qui manquait dans la circulation ». Dans le cadre de l'assurance-chômage, il avait été placé pendant six mois auprès des EPI, à 50 %, dans une activité assise, de montage de robinets. Le représentant de l'OAI a relevé que la Dresse S_____ ne mentionnait pas le problème survenu au genou, ni au bras droit.

E. 17

Le Tribunal de céans a procédé à des enquêtes. La Dresse S_____, entendue en qualité de témoin le 11 novembre 2009, a déclaré qu'elle suivait le patient depuis le mois d'octobre 2007, suite à l'opération pratiquée aux HUG. L'hypertension et l'hypercholestérolémie sont traitées et sous contrôle. Le patient présente surtout des douleurs résiduelles des membres

inférieurs qui sont probablement des douleurs neuropathiques, dues probablement à l'insuffisance artérielle ainsi qu'à l'hernie discale. Elle a indiqué que l'assuré avait tenté d'augmenté son temps de travail, mais qu'à chaque fois les douleurs avaient augmenté et il dû à nouveau diminuer le temps de travail. En outre, de nouvelles pathologies sont survenues, telles qu'une arthrose des deux mains, prédominant à droite, traitée depuis le début 2009 par le Dr T_____, puis une déchirure du ménisque interne du genou droit, suite à un accident survenu en mars 2009. Le Dr U_____, des HUG, pose une indication opératoire. Enfin, le patient souffre de polyarthrose, notamment dans le dos, les mains et les genoux, connue de longue date, et qui va en s'aggravant. Compte tenu de toutes ses pathologies, la Dresse

A/1474/2009 - 6/11 - S_____ considère que le patient ne peut plus travailler comme mécanicien sur moto, mais que dans une activité adaptée qui respecte strictement ses limitations, la capacité de travail est de 40%, voire 50 %, ainsi qu'elle a pu le constater, lorsque le chômage l'avait placé. Le patient a une réelle volonté de travailler.

E. 18

Lors de son audition le 11 novembre 2009 le Dr T_____, spécialiste FMH en chirurgie générale - chirurgie de la main, a confirmé que le patient a présenté en mai 2009 une tendinite de De Quervain du poignet droit, une neuropathie du nerf radial ainsi qu'une exostose. Il a pratiqué une infiltration, qui s'est révélée peu efficace, et a proposé une résection de l'exostose. Le patient est limité dans ses mouvements en raison des douleurs. Après intervention, on peut espérer une disparition des douleurs. Le praticien a indiqué que l'assuré présentait vraisemblablement un status arthrosique depuis plus d'un an avant la première consultation d'avril 2009. Les problèmes du bras droit handicapent l'assuré assez fortement dans son activité de chauffeur pour personnes handicapées, avec une diminution de rendement de l'ordre de 30%. S'agissant d'un patient droitier, l'assuré est limité même dans une activité adaptée, dès lors que la tendinite est fluctuante. Une activité de plus de 5 heures par jour est difficile. Cependant, après l'intervention, le patient peut récupérer un poignet tout à fait normal et une capacité de travail totale, sans diminution de rendement, après un arrêt de travail d'environ cinq semaines.

E. 19

Lors de la comparution personnelle, le recourant a déclaré qu'il n'avait pas refusé l'intervention du poignet, mais qu'il attendait de voir ce qui allait se passer avec le genou. Le Dr U_____ a préconisé une intervention, pour laquelle il y a cinq mois d'attente à l'hôpital. Le recourant a précisé que l'accident avait eu lieu le 23 mars 2009, pris en charge par la SUVA.

E. 20

Dans ses conclusions du 30 novembre 2009, le recourant a indiqué que les auditions des deux médecins étaient exactes et complètes et a persisté dans ses conclusions.

E. 21

L'OAI, dans ses conclusions après enquêtes du 30 novembre 2009, a conclu au rejet du recours, se référant à l'avis du SMR du 24 novembre 2009. Ce dernier partage l'avis de la Dresse S_____ selon lequel l'activité de mécanicien sur moto n'est plus possible. En revanche, le SMR persiste à considérer qu'une activité adaptée, respectant strictement les limitations fonctionnelles, est possible à 100 % et relève que l'activité de chauffeur dans le

transport de personnes exercée par le recourant n'est pas entièrement adaptée, dès lors qu'elle implique, par moments, des efforts plus importants, mais également peut-être la manipulation à l'intérieur du véhicule.

E. 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. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. Sur le plan matériel, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant rappelé que le juge n'a pas à prendre en compte les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1 ; 129 V 4 consid. 1.2). 3. Interjeté dans les formes et délais légaux, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89 B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10) 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement sur son degré d'invalidité. 5. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) 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. 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. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels.

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

A/1474/2009 - 8/11 - à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; pour la période postérieure, cf. art. 28a al. 1 LAI). Il s'agit de la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité par comparaison de revenus (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348 sv.). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 (5e révision AI), l'assuré a droit à une rente 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 années, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). Enfin, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, le droit à la rente 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. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. 6. 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 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du

A/1474/2009 - 9/11 - cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02). Par ailleurs, 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). 7. En l'espèce, le recourant a présenté de nouvelles atteintes à la santé, notamment une insuffisance artérielle des membres inférieurs, pour lesquelles il a été mis en arrêt de travail à 60 % depuis le 15 janvier 2007, à 100 % du 15 mai 2007 au 16 septembre 2007, puis à nouveau à 60 % depuis le 17 septembre 2007. Selon le médecin traitant, le Dr N_____, le travail de mécanicien auto-moto n'est plus possible, mais une activité adaptée, telle que celle de chauffeur scolaire, peut être exercée à raison de 4 heures par jour, sans diminution de rendement. La Dresse S_____, qui a repris le suivi médical du recourant depuis le mois d'octobre 2007, a déclaré lors de son audition par-devant le Tribunal de céans, que le patient présentait, outre des douleurs résiduelles des membres inférieurs, de nouvelles pathologies, telle une arthrose des mains, traitée depuis le début de l'année 2009, une déchirure du ménisque interne du genou droit, suite à un accident survenu en mars 2009, à opérer et enfin, une polyarthrose. Le recourant ne peut plus travailler comme mécanicien sur moto, mais dans une activité adaptée qui respecte strictement les limitations

fonctionnelles, la capacité de travail est de 40 %, voire 50 %. Elle a souligné que son patient avait une réelle volonté de travailler. Les médecins du SMR, qui ont examiné le recourant le 24 juin 2008, considèrent quant à eux que l'incapacité de travail est de 40 % dans l'activité habituelle, qu'une incapacité de travail totale peut être admise du 15 mai 2007 au 19 septembre 2007, et qu'à compter du mois d'octobre 2007, la capacité de travail est de 100 % dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles.

Finalement, dans son dernier rapport après enquêtes, le SMR se rallie aux observations de la Dresse S_____ et admet que l'activité de mécanicien sur moto n'est plus possible. En revanche, il persiste à considérer que la capacité de travail est entière dans une activité strictement adaptée.

A/1474/2009 - 10/11 - Finalement, les médecins sont d'accord pour dire que l'activité antérieure n'est plus possible pour le recourant. En revanche, leurs appréciations divergent quant à la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles. Le Tribunal de céans constate, sur le plan médical, que tous les médecins ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail du recourant, en particulier les médecins en chirurgie cardio-vasculaire et angiologie, et que les causes et l'importance de la neuropathie des membres inférieurs n'a pas été suffisamment investiguée. En outre, le recourant présente de nouvelles atteintes à la santé depuis le début de l'année 2009, notamment une tendinite de la main droite, apparemment opérable selon le Dr T_____, et surtout une lésion du genou droit suite à un accident survenu le

E. 23

mars 2009, soit avant la notification de la décision litigieuse. Force est de constater que ces nouvelles pathologies n'ont pas été prises en compte par l'intimé. Ainsi, en l'état actuel du dossier, le Tribunal de céans n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives quant à l'état de santé du recourant et ses répercussions sur sa capacité de travail. Au vu des nombreuses pathologies présentées par le recourant, il importe d'avoir une analyse globale de sa situation médicale par le biais d'une expertise pluridisciplinaire au COMAI. La cause sera par conséquent renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 8. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis. 9. L'émolument, fixé à 500 fr., est mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1474/2009 - 11/11 -

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