

GE_GERICHTE ATAS/796/2014 vom 27. Juni 2014

GE Cour de justice, 2014-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_796_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/796/2014 du 27 juin 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/796/2014 del 27 giugno 2014

Erwägungen

E. 1

La compétence de la Chambre de céans et la recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été examinées dans l'ordonnance d'expertise, il n'y a pas lieu d'y revenir ici.

E. 2

La LPGA entrée en vigueur le 1er janvier 2003 a entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 l'entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). La LPGA s'applique par conséquent au cas d'espèce.

E. 3

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié à l'assuré le droit à une rente suite à sa demande du 18 novembre 2008 au motif que l'aggravation de son état de santé n'aurait entraîné qu'une incapacité totale de travail limitée à la période du 10 novembre 2008 au 31 octobre 2009. C'est le lieu de relever que l'on ne se trouve pas en procédure de « révision » de rente puisque l'assuré n'a bénéficié précédemment que de mesures professionnelles et de moyens auxiliaires.

E. 4

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

A/3590/2010 - 13/19 - 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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

E. 5

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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. 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

E. 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

A/3590/2010 - 14/19 - des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 7

En l'espèce, il convient tout d'abord de déterminer quelle est la capacité de travail de l'assuré depuis novembre 2009, étant rappelé que l'intimé a admis que cette capacité avait été nulle du 10 novembre 2008 au 31 octobre 2009. Si la Cour de céans a mis sur pied une expertise judiciaire, c'est en particulier parce que les conclusions du Dr E_____ lui paraissaient contradictoires : en effet, le médecin du SMR concluait que l'assuré était capable d'exercer son activité habituelle d'informaticien à raison de 2 x 3 heures par jour à compter de novembre 2009 - date à laquelle la fracture du fémur s'était consolidée - alors même que, de novembre 2008 à avril 2009, il admettait une totale incapacité de travail sur la base des mêmes dorsolombalgies que celles constatées pour la période postérieure. Qui plus est, la conclusion selon laquelle l'assuré serait apte à exercer à 75% une activité d'informaticien - s'exerçant en position assise - semblait pour le moins étonnante dans la mesure où le médecin admettait au nombre des limitations fonctionnelles le fait de ne pouvoir rester en position assise plus d'une heure. Au vu de ces contradictions évidentes, il convenait de nier toute valeur probante au rapport du Dr E_____. La Cour s'interrogeait également sur l'alitement prolongé (20h/jour) allégué par le recourant dont le Dr H_____

avait admis qu'il paraissait exagéré alors que les Drs F_____ et D_____ semblaient le trouver justifié au vu des circonstances. Qui plus est, tous les médecins en dehors de ceux du SMR avaient confirmé que le traitement pris par l'assuré avait des incidences en termes de capacité de concentration sur sa capacité de travail, point qu'il convenait également de vérifier. Il convient à présent d'examiner le grief de l'intimé selon lequel aucune valeur probante ne saurait se voir reconnaître à l'expertise judiciaire, au motif qu'elle aurait fait fi des avis du SMR et serait déjà obsolète. On l'a vu, le reproche selon lequel les experts auraient ignoré l'avis du Dr E_____ n'est pas recevable puisque c'est justement parce que cet avis n'était pas convaincant qu'il a été écarté. Quant à l'avis du Dr K_____, ainsi que l'a relevé le recourant, il a été évoqué mais écarté au motif qu'il ne reposait sur aucun argument scientifique, ce qui ne peut être contesté. Quant au délai s'étant écoulé entre l'examen par les experts et la reddition de leur rapport, il s'explique par l'incapacité temporaire de travail de l'un d'eux mais ne saurait, en soi, suffire à écarter l'expertise.

A/3590/2010 - 15/19 - On rappellera tout d'abord qu'en principe, 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. Qui plus est, il n'existe en l'occurrence aucun motif de nier le caractère probant de l'expertise. Celle-ci est en effet fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, elle est concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité. Elle est également complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle est compréhensible et concluante, ainsi que cela ressort des considérations qui suivent. Les experts se sont d'abord livrés à une anamnèse détaillée au cours de laquelle ils ont mis en évidence un élément que n'avaient pas évoqué les médecins jusqu'alors : ils ont relevé que jusqu'en 1997, l'assuré avait pratiqué une activité physique intense (deux entraînements par semaine, suivis de matchs en fin de semaine), à laquelle il avait mis un terme quasi complet, entraînant une diminution de sa condition physique générale et un important déconditionnement progressif, parallèlement à la reprise de l'activité professionnelle. Les experts se sont ensuite livrés à des examens approfondis (cliniques, urodynamiques, radiographiques – avec la collaboration du Prof. L_____, médecin-chef du service de chirurgie spinale du Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV-, bilan physiothérapeutique, entre autres). Les experts ont finalement retenu à titre de diagnostics un status après accident de la voie publique en septembre 1986 (paraplégie de niveau neurologique L1 sur fracture de D12), une vessie et des intestins neurogènes avec infections urinaires récidivantes, un status après spondylodèse de D11 à L2, des dorsolombalgies chroniques post-traumatiques avec déconditionnement global et focal, un status après fracture pertrocanterienne gauche en avril 2009 et un probable état anxio- dépressif réactionnel. Ils ont expliqué que c'est après un déconditionnement progressif, lié à la baisse d'activité physique, néfaste dans le contexte d'une activité sédentaire assise doublée d'une paraplégie, que se sont développées des rachialgies chroniques, structurellement caractérisées par une cyphose angulaire de l'ordre de 34% et des troubles dégénératifs secondaires. La symptomatologie s'était aggravée suites à une chute en fauteuil roulant en octobre 2008, suivie d'une autre en 2009, ayant conduit à une fracture pertrocanterienne gauche. Ainsi les douleurs invoquées par le recourant ont été objectivées. Ces rachialgies ont été décrites par les experts comme persistantes, mécaniques, posturo-dépendantes statiques et dynamiques, handicapantes dans une activité

A/3590/2010 - 16/19 - professionnelle sédentaire, exigeante en termes de capacité de concentration maximale régulière. En effet, les experts ont expliqué que si l'assuré arrive à maîtriser ses douleurs par la prise de médicaments (anti-inflammatoires non stéroïdiens associés à un opiacé), c'est au prix d'une diminution de sa capacité de concentration. On relèvera que cela corrobore les allégations du Dr D_____, qui, entendu par la Cour de céans, avait expliqué que plusieurs analgésiques avaient été testés et que celui qui marchait le mieux, le Toradol, avait des effets sur la vigilance qui, selon le témoin, influait sur l'activité d'informaticien, ce qu'avaient d'ailleurs confirmé tant le Dr H_____ que le Dr F_____. Les experts ont mis en évidence trois problèmes principaux : une pathologie neurologique, une pathologie rhumatologique et neuro-orthopédique et une éventuelle pathologie psychiatrique réactionnelle à la pérennisation de la symptomatologie douloureuse, qu'ils ont préconisée d'investiguer de manière plus approfondie. Sur le plan rhumatologique, ils ont expliqué qu'il s'agit d'un tableau classique de déconditionnement physique global chez un patient paraplégique présentant des rétractations musculaires importantes aux membres inférieurs, une atteinte de la mobilité active du rachis, dans un contexte de trouble statique et dégénératif aggravé par une cyphose angulaire. Ces constatations ont été confirmées par l'examen des radiographies, qui ont également montré des discopathies sus et sous-jacentes doublées d'éléments en faveur d'une micro-instabilité locale sous-jacente à la fracture. Selon les experts, les douleurs s'expliquent par les troubles musculaires découlant des lésions mentionnées : ces lésions s'ajoutent les unes aux autres et se combinent au vieillissement naturel et au déconditionnement. Cela justifie selon eux une approche de rééducation intensive, visant à un reconditionnement musculaire et global, à travers des techniques de stretching musculaire, un réentraînement en endurance cardiovasculaire et musculaire et une rééducation proprioceptive avec renforcement des segments corporels non affectés par les lésions neurologiques. Répondant plus particulièrement aux questions posées par la Cour, les experts ont expliqué que la rupture du matériel d'implants faisait partie de l'évolution habituelle de ce type de procédure chirurgicale et ne signifiait nullement une modification de la spondylodèse. Se basant sur les clichés standards, ils ont affirmé que cette dernière était solide et qu'il n'y avait aucun argument radiologique en faveur d'une instabilité de la spondylodèse conduisant à une pseudarthrose. Quant à la rigidification de la colonne, aux douleurs et à la discarthrose, les experts ont estimé qu'elles procédaient de l'évolution de ces status post-chirurgicaux et entraînaient une surcharge des segments sus et sous-jacents : les lésions décrites étaient en corrélation avec ces éléments (ostéophytose de compression, spondylophyte de MacNab). L'ensemble de l'anamnèse douloureuse, des

A/3590/2010 - 17/19 - constatations cliniques et des radiographies était cohérent et en concordance complète avec les douleurs exprimées par le patient. S'agissant de la médication de l'assuré, les experts l'ont jugé dans l'ensemble adéquat. Quant aux incidences sur la capacité de concentration, ils ont souligné qu'il convenait de tenir compte du fait que l'anti-inflammatoire non stéroïdien était combiné à un opiacé. La combinaison des deux médicaments ne pouvait qu'augmenter le risque de perturbations des capacités intellectuelles de l'assuré. Or, compte tenu de la réalité des douleurs, il était impossible de limiter la prise de médicaments. Cependant, les experts, s'ils se sont montrés formels quant à l'existence d'une incidence sur les capacités de concentration de l'assuré, n'ont pu chiffrer précisément la baisse de rendement en découlant. S'agissant des conséquences des infections urinaires à répétition et de l'insuffisance rénale, en revanche, les experts ont dit ne pas avoir retrouvé dans les comptes rendus des néphrogrammes pratiqués d'arguments

au profit d'une insuffisance rénale (absence d'anomalies de vascularisation, de sécrétions ou d'excrétions, taux de créatinine et de TEGFR normaux, valeurs dans les limites de la norme ne permettant pas d'étayer une fatigabilité accrue). S'agissant plus particulièrement de l'activité d'informaticien, les experts ont indiqué qu'elle était limitée par des raisons ostéo-articulaires, principalement en termes de tolérance aux postures statiques prolongées, par des raisons neuropsychologiques (en termes de capacité de concentration), mais aussi, très vraisemblablement par un état anxiodépressif secondaire à la persistance de la symptomatologie douloureuse, et, enfin, par le stress qu'implique une activité professionnelle dans une économie de marché avec ses contraintes de productivité et d'horaires rigides. Les experts se sont ensuite livrés à une discussion nuancée au terme de laquelle ils ont finalement conclu qu'il n'existait aucun élément théorique ou objectif permettant d'admettre que l'assuré aurait récupéré la capacité de travail qui était la sienne avant sa deuxième chute. En d'autres termes, la totale incapacité de travail à laquelle concluait le Dr E_____ fin 2008 s'était prolongée jusqu'à l'expertise. La suite dépendrait de la mise en route du traitement de rééducation préconisé (reconditionnement physique global et progressif) et de l'état psychique de l'assuré. En définitive, les experts ont donc conclu à une capacité de travail nulle en l'absence des mesures préconisées (réentraînement à l'effort, reconditionnement, bilan psychiatrique), préconisant une révision de la situation six mois après le début du traitement, espérant alors une capacité de travail de 50% après réalisation complète et adéquate du reconditionnement suggéré. Les conclusions des experts apparaissent convaincantes. Il est vrai qu'une partie de leur discussion est nuancée, ce qui s'explique par la complexité du cas clinique,

A/3590/2010 - 18/19 - relevée d'entrée de cause. Les conclusions de l'expertise sont néanmoins univoques quant à la totale incapacité de travail du recourant. Qui plus est, elles sont corroborées par le fait que le Dr E_____ avait lui aussi retenu l'impossibilité de rester assis en position statique plus d'une heure – ce qui l'avait amené à conclure lui aussi à une totale incapacité de travail, motivée par les dorsalgies sur décompensation d'une discarthrose dorsale, avant de considérer de manière totalement contradictoire qu'après consolidation de la fracture du fémur – mais en présence des mêmes limitations, l'assuré aurait recouvré une capacité de 70 à 75%. Cette totale incapacité a également été alléguée par le Dr F_____ dont on rappellera qu'il s'agit d'un spécialiste en rééducation fonctionnelle et en paraplégologie au bénéfice d'une expérience de près de trente ans auprès des paraplégiques. On relèvera enfin que, depuis l'expertise, l'état du recourant semble s'être encore péjoré (fracture du fémur, fracture de la jambe gauche et ostéoporose avancée des jambes, notamment). Eu égard aux considérations qui précèdent, il y a donc lieu de se rallier aux conclusions des experts et de conclure à une totale incapacité de travail sans discontinuer depuis le 10 novembre 2008 puisque le recouvrement d'une éventuelle capacité de travail résiduelle est soumis à une condition préalable impérative : la mise en place d'un reconditionnement physique intense. Il conviendra, cas échéant, de procéder à une réévaluation de la situation une fois un tel traitement mis sur pied. En conséquence, le recours est admis.

A/3590/2010 - 19/19 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Au fond
:

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