

GE_GERICHTE A/1219/2014 vom 15. Oktober 2014

GE Cour de justice, 2014-10-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1219_2014

FR: GE_GERICHTE A/1219/2014 du 15 octobre 2014

IT: GE_GERICHTE A/1219/2014 del 15 ottobre 2014

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PALLY Marlène Recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE Intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____, né le _____ 1966 et d'origine portugaise, a travaillé de 1988 à 2002 comme manoeuvre dans le secteur agricole, puis en tant que manoeuvre dans le bâtiment. Son contrat de travail a été résilié pour le 30 novembre 2008. [endif]>![if> 2. Selon l'expertise du 24 janvier 2008 du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, l'intéressé était en arrêt de travail depuis le 8 janvier 2007. Ayant souffert d'une neuropathie compressive du nerf cubital gauche, il avait subi une opération le 11 septembre 2007. Les comorbidités étaient une insuffisance cardiaque anamnétique et un status post dilatation coronarienne, ainsi qu'une hypertension artérielle mal équilibrée et un diabète. La capacité de travail était nulle du 8 janvier 2007 au 31 janvier 2008. Elle était ensuite à 50 % pour quatre à six semaines. [endif]>![if> 3. Le 23 janvier 2008, le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a certifié que l'intéressé était atteint d'une affection chronique métabolique, à savoir d'un diabète de type II, actuellement insulino-requérant. Le traitement nécessitait plusieurs injections d'insuline par jour, ainsi que des auto-contrôles réguliers. Par conséquent, il était actuellement incapable de travailler dans la profession qu'il exerçait jusqu'à présent, à savoir maçon dans le bâtiment. [endif]>![if> 4. Par demande reçue en juin 2008, l'intéressé a requis des prestations de l'assurance-invalidité. [endif]>![if> 5. Dans son rapport du 10 juin 2008, le Dr E_____, chirurgien de la main, a émis un pronostic réservé en raison de l'état général de l'assuré, mais a attesté une capacité de travail de 100% dès le 5 mai 2008 avec une diminution de la force à l'usage d'engins de chantier et une diminution de l'efficacité pour les travaux lourds. Il préconisait une adaptation du poste de travail ou une réadaptation professionnelle. [endif]>![if> 6. Selon la note relative à un entretien téléphonique du 28 octobre 2008 entre le Dr D_____ et la Dresse F_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR), ce premier médecin avait prescrit un arrêt de travail depuis le 17 septembre 2008 en raison d'un diabète décompensé nécessitant une courte hospitalisation et l'administration d'insuline, ainsi que de douleurs à une hanche, probablement sur périarthrite, pour lesquelles des séances de physiothérapie avaient été prescrites. Il n'y avait aucun élément en faveur d'une insuffisance cardiaque. La reprise de travail était prévue pour le 3 novembre 2008 à 100 %. [endif]>![if> 7. Dans son avis médical du 30 octobre 2008, la Dresse F_____ a constaté qu'une reprise progressive du travail avait été fixée par le Dr E_____, que la diminution était de l'ordre de 20 % en raison des limitations fonctionnelles et qu'une adaptation du poste de travail devrait être faite ou une réadaptation professionnelle envisagée. Selon le médecin du SMR, l'assuré avait donc pu reprendre son travail en plein

depuis mai 2008, mais on ignorait si l'activité avait été adaptée. Un plein rendement était possible si les limitations étaient respectées. 8. Le 7 novembre 2008, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a communiqué à l'assuré que des mesures de réadaptation n'étaient actuellement pas possibles en raison de son état de santé, mais qu'elles pourraient faire l'objet d'une nouvelle analyse à l'issue de l'instruction du dossier. 9. Dans un avis médical du 6 mars 2009, la Dresse G _____ du SMR a constaté que les incapacités de travail du 17 septembre au 2 novembre 2008 concernaient une affection d'une gravité insuffisante pour justifier une incapacité de travail durable. 10. Le 16 mars 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente entière du 8 janvier au 30 avril 2008 et une demi-rente du 1^{er} mai au 31 juillet 2008. Ce faisant, il a relevé que le SMR était d'avis qu'il avait une capacité de travail à 50 % avec un plein rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles en janvier 2008, qu'il présentait une incapacité de travail de seulement 25 % à compter du 14 avril 2008 et que sa capacité de travail était entière dans toute activité à compter du 5 mai 2008. 11. Selon le rapport du 30 novembre 2009 du Dr E _____, l'assuré souffrait de brachialgies bilatérales. L'incapacité de travail était de 100 % dès le 30 novembre 2009. L'activité exercée n'était plus exigible, mais l'assuré pourrait effectuer des travaux légers. Néanmoins, le médecin doutait qu'on pût s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. 12. Dans son rapport du 2 décembre 2009, le Dr D _____ a émis les diagnostics de diabète de type II existant depuis 2004, de status après neurolyse du nerf médian du coude gauche pour une neuropathie ulnaire et un syndrome du canal carpien existant depuis 2007, ainsi que d'éthylisme aggravé. L'incapacité de travail était totale à partir du 1^{er} septembre 2009 en raison d'une affection chronique. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas possibles et il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ni à une amélioration de l'état de santé. 13. Selon l'expertise du 22 mars 2010 du Dr H _____, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient une susceptibilité aux neuropathies d'enclavement et un status après intervention pour neuropathie cubitale gauche de compression, sur micro-traumatismes lors des mouvements de flexion-extension du bras en septembre 2007, une neuropathie cubitale droite débutante asymptomatique, un status après neurolyse du canal carpien des deux côtés et un diabète de type II adulte, insulino-traité. Dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a mentionné une obésité, des antécédents d'état anxio-dépressif, des douleurs thoraciques d'origine pariétale, une dyspnée d'effort par inadaptation cardio-vasculaire, des antécédents d'utilisation abusive d'alcool, un status après neurolyses des canaux carpiens gauche et droit, des lombalgies non déficitaires, une périarthrite de hanche et une hypertension artérielle. L'assuré présentait des limitations pour soulever des charges au-delà de 10 kg par flexion-extension, les mouvements répétés avec pelle et pioche, le travail avec des outils vibrants, le travail effectué sur les échafaudages de plus de 4 m (risque de chute en cas d'hypoglycémie). La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Elle était de 50 % du 1^{er} février 2008 au 30 avril 2008, de 75 % du 14 avril au 4 mai 2008 et de 100 % dès le 5 mai 2008. 14. Dans son avis médical du 10 décembre 2010, la Dresse G _____ a notamment noté que la capacité de travail devait être traduite en termes de métier par un spécialiste de réadaptation. 15. Selon le rapport médical du 18 mars 2011 du Dr I _____, neurologue FMH, l'examen neurologique a mis en évidence des déficits

neurologiques périphériques en relation avec des complications du diabète, mais sans signe lésionnel évoquant une pathologie neurologique centrale. Un Doppler carotido-vertébral avait démontré à droite un rétrécissement relatif d'environ 50 % au niveau du bulbe, et de plus de 65 % à la jonction bulbe/carotide interne. Il s'agissait d'une situation potentiellement emboligène justifiant une antiagrégation plaquettaire, puis une évaluation cardio-chirurgicale en raison de la polyopathie et notamment de la situation neurologique centrale et périphérique précaire. La réinsertion de l'assuré dans le monde professionnel paraissait illusoire. [endif]>[if> 16. Selon le rapport du 5 mai 2011 du département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assuré a été hospitalisé du 15 au 28 avril 2011 en raison de troubles mentaux et de comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue. Les autres diagnostics étaient notamment un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, un diabète insulino-dépendant, une cirrhose, un infarctus du myocarde et un ulcère gastrique. L'évolution au cours de l'hospitalisation avait été favorable avec une stabilisation de la symptomatologie. L'assuré était motivé pour une abstinence d'alcool. La thymie et l'anxiété s'étaient améliorées. [endif]>[if> 17. Du 7 au 24 juin 2011, l'assuré a été de nouveau hospitalisé au département de santé mentale et de psychiatrie des HUG pour un sevrage d'alcool. Les médecins ont émis les diagnostics de troubles mentaux et de comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue, de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, d'hépatite C et d'obstruction au niveau de la carotide gauche. Les facteurs de crise addictologique étaient des difficultés financières, le contrôle et la pression de l'assuré vis-à-vis de l'alcool, ainsi que le manque d'activité. Au cours de l'hospitalisation, l'évolution avait été favorable. [endif]>[if> 18. Du 19 au 22 novembre 2012, l'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation (CRR), en vue d'une expertise multidisciplinaire par la Dresse J_____, spécialiste en médecine interne FMH, le Dr K_____, psychiatre FMH, et Mme L_____, neuropsychologue. Les experts émettent les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de diabète insulino-dépendant, de lombalgies chroniques non spécifiques, de tendino-bursite trochantérienne gauche, de dyspnée à l'effort, de status après neurolyse cubitale et cure du canal carpien bilatéral et de très légers syndromes dysexécutifs, sous forme de difficultés de programmation et de coordination, lesquels pourraient être des séquelles de la consommation d'alcool. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont un status après consommation d'alcool chronique, actuellement abstinent, un syndrome métabolique avec obésité, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, une adénopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, un tabagisme chronique et une insuffisance veineuse chronique des deux jambes. L'assuré se plaignait de dyspnée à l'effort, d'une fatigue avec diminution de la force à l'effort, d'occasionnelles décompensations diabétiques, de légères disparesthésies des 4^{ème} et 5^{ème} doigts, de douleurs abdominales en ceinture nocturnes et de douleurs à la hanche gauche à la marche. Les limitations fonctionnelles étaient en grande partie de l'ordre ostéo-articulaire et du champ de la médecine interne. Les modifications dégénératives au niveau de l'épaule gauche, de la hanche gauche et au niveau de la colonne lombaire étaient une contre-indication pour des activités physiquement lourdes, nécessitant l'utilisation des deux bras au-dessus de l'horizontale et le travail dans des positions contraignantes ou impliquant des déplacements importants à pieds. Le diabète limitait l'assuré pour les activités avec des horaires irréguliers. L'assuré devait par ailleurs éviter de manipuler des machines vibrantes sur de longues périodes. Il présentait une incapacité de

travail depuis début 2008. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il possédait une capacité théorique de travail de 100 % avec une diminution du rendement de 10 %. [endif]>[if> 19. Dans son avis médical du 19 février 2013, la Dresse M_____ du SMR a maintenu que la capacité de travail était nulle dans l'activité actuelle depuis le 1^{er} août 2007. Dans une activité adaptée elle était de 50 % du 1^{er} février au 30 avril 2008, de 75 % dès le 14 avril 2008 et de 100 % dès le 5 mai 2008. [endif]>[if> 20. Le 7 mai 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il prendrait en charge les frais d'un stage d'orientation professionnelle du 22 juillet au 20 octobre 2013, dispensé par les Etablissements publics pour l'intégration (EPI).[endif]>[if> 21. Selon la note de travail de l'OAI du 29 août 2013 relatif au bilan intermédiaire aux EPI, l'assuré était qualifié de très motivé et de bonne volonté. Il s'investissait beaucoup dans la mesure d'orientation, voire se surinvestissait. Son rendement était de 50% sur un plein temps. La perte de rendement était explicable en raison des défaillances au niveau des membres supérieurs et inférieurs. En raison du surinvestissement, le diabète était fréquemment difficile à gérer et contraignait l'assuré à augmenter le nombre de piqûres par jour. Cela étant, les EPI ont poursuivi la mesure d'orientation à 50%.[endif]>[if> 22. Le rapport du 18 novembre 2013 des EPI relatif au stage d'orientation de trois mois, effectué au début à 100%, puis à 50% dès le 2 septembre 2013 sans aucune absence, a conclu que les capacités physiques de l'assuré étaient incompatibles avec des activités simples, légères et pratiques, même en position assise et permettant à l'assuré d'alterner les positions lorsqu'il en ressentait le besoin. Au vu des faibles rendements et de l'image de fragilité de l'assuré, il était difficile de pouvoir envisager de réintégrer le marché économique normal ou de faire des stages en entreprise dans des conditions acceptables. Les EPI ont par ailleurs relevé que l'assuré avait participé à la mesure avec un engagement et une motivation optimum tout au long de cette période. Il ressort par ailleurs de ce rapport que les déplacements de l'assuré étaient difficiles, que l'assuré n'était pas autonome et que son niveau de français était insuffisant pour communiquer de manière optimale. Au début du stage, l'assuré avait pensé au métier de chauffeur-livreur. Cependant, il n'avait pas la sensibilité optimale ni dans les pieds ni dans les mains et sa vue était faible, de sorte que ce métier ne pouvait être retenu. Compte tenu de ses atteintes, de l'image de fragilité et des difficultés d'adaptation de l'assuré, ainsi que de son exposition à des dangers potentiels liés à ses atteintes, il y avait peu d'espoir de retrouver une activité quelle qu'elle soit dans le milieu économique normal.[endif]>[if> 23. Dans son avis médical du 17 décembre 2013, la Dresse M_____ du SMR a considéré que le rapport des EPI n'était pas susceptible de modifier l'appréciation finale du SMR concernant la capacité de travail médico-théorique de l'assuré.[endif]>[if> 24. Le 8 janvier 2014, l'OAI a déterminé la perte de gain de l'assuré à 14,7 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 10 %, tout en effectuant une réduction supplémentaire de 10 %. [endif]>[if> 25. Par décision du 4 avril 2014, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 8 janvier au 30 avril 2008 et une demi-rente du 5 mai au 31 juillet 2008. [endif]>[if> 26. Par acte posté le 30 avril 2014, l'assuré a formé recours contre cette décision par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation en ce qu'une rente entière lui a été refusée à compter du 1^{er} mai 2008, ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière dès cette dernière date, sous suite de dépens. Le recourant s'est prévalu essentiellement du rapport des EPI concluant à une incapacité de travail dans le marché normal. Il a également contesté le calcul de la perte de gain. [endif]>[if> 27. Dans sa réponse du 19 juin 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'était pas de se prononcer sur l'état de santé de la

personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail. En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observations professionnelles et les données médicales, l'avis médical primait pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible et l'emportait sur les constatations qui pouvaient être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, celles-ci étant susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. En effet, la connaissance spécifique des médecins leur permettait de dépasser le stade de la simple observation qui comprenait trop de facteurs incontrôlables. En l'occurrence, les responsables de l'observation professionnelle avaient pris leurs conclusions essentiellement sur la base de critères subjectifs.!

28. Le 28 août 2014, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise médicale judiciaire et de la confier à la doctoresse N_____, spécialiste en médecine interne à Genève. Elle leur a également communiqué la liste des questions à l'experte.!

29. Dans ses écritures du 17 septembre 2014, le recourant a précisé ses atteintes et a consenti au choix de l'expert.!

30. Par écriture du 18 septembre 2014, l'intimé a également consenti au choix de l'expert, ainsi qu'à sa mission.!

EN DROIT 1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;!

Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATF non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. En l'occurrence, les EPI ont conclu, après un stage d'orientation de trois mois du recourant, que celui-ci n'avait pas les capacités physiques pour travailler dans les activités simples, légères et pratiques, même en position assise et permettant d'alterner les positions. Il était dès lors difficile de pouvoir envisager sa réintégration dans le marché économique normal. Même l'organisation de stages en entreprise était compromise. Parallèlement, les EPI ont relevé la grande motivation et le bon engagement du recourant tout au long de la mesure. Ils avaient par ailleurs relevé qu'il avait tendance à se surinvestir, ce qui provoquait des problèmes au niveau de la stabilisation de son diabète. !

Or, selon les experts de la CRR, le recourant a une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 10%. Au de cette appréciation diamétralement opposée, il paraît nécessaire de soumettre le rapport des EPI à un expert judiciaire, afin qu'il établisse si les limitations fonctionnelles constatées lors du stage d'orientation professionnelle sont compatibles avec les constatations médicales objectives et procède à une nouvelle évaluation de la capacité de travail.

3. Le mandat d'expertise sera confié à la Dresse N_____.!

Dans la mesure où le recourant a déjà fait l'objet de plusieurs expertises très complètes, l'experte judiciaire sera dispensée de procéder à une nouvelle anamnèse et au résumé du dossier médical. *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.![endif]>![if> B. La confie à la Dresse N____.![endif]>![if> C. La dispense de procéder à une nouvelle anamnèse et au résumé du dossier médical.![endif]>![if> D. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :![endif]>![if> - Prendre connaissance du dossier médical de l'expertisé.![endif]>![if> - Examiner personnellement l'expertisé.![endif]>![if> - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants.![endif]>![if> - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.![endif]>![if> - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :![endif]>![if> 1. Partagez-vous les diagnostics émis par la clinique romande de réadaptation (CRR) dans son expertise du 8 janvier 2013 ? Le cas échéant, qu'avez-vous à ajouter ?![endif]>![if> 2. Les limitations fonctionnelles mises en évidence dans le rapport des Etablissements publics pour l'intégration (EPI) du 18 novembre 2013 sont-elles compatibles avec les constatations médicales objectives, en ce qui concerne :![endif]>![if> - la sensibilité tactile réduite des deux mains provoquant des lâchages ;![endif]>![if> - la coordination, le niveau de précision et la maîtrise insuffisante pour des travaux simples et grossiers ;![endif]>![if> - la diminution du rendement, lequel est notamment meilleur pendant la première partie de la journée, puis péjoré sensiblement avec fatigue accumulée, voire épuisement, durant la seconde partie de la journée ;![endif]>![if> - les signes d'inconfort des pieds et des mains ;![endif]>![if> - la nécessité de contrôler le diabète trois à six fois par jour en fonction des efforts fournis.![endif]>![if> 3. Compte tenu du rapport précité des EPI, comment définissez-vous les limitations fonctionnelles ? Le cas échéant, pourquoi vous écarterez-vous sur ce point de l'expertise de la CRR ?![endif]>![if> 4. Compte tenu des constatations des EPI, quelle est la capacité de travail de l'expertisé et comment celle-ci a-t-elle évolué depuis janvier 2007 ?![endif]>![if> 5. Quel est votre pronostic ?![endif]>![if> E. Invite la Dresse N____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.![endif]>![if> F. Réserve le fond.![endif]>![if> La greffière Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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