

GE_GERICHTE A/438/2015 vom 29. Oktober 2015

GE Cour de justice, 2015-10-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_438_2015

FR: GE_GERICHTE A/438/2015 du 29 octobre 2015

IT: GE_GERICHTE A/438/2015 del 29 ottobre 2015

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié à GENÈVE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Après un apprentissage de cuisinier, puis de sommelier et l'obtention d'un diplôme de l'École hôtelière de Lausanne, Monsieur A _____ (ci-après : l'assuré), né en 1967, a travaillé dans un hôtel, puis comme directeur d'un restaurant, puis comme directeur de la société B _____ SA et enfin, à compter de janvier 2008, en tant que chauffeur-livreur dans une entreprise de nettoyage. 2. Le 17 février 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une atteinte à la main droite, au dos, au genou, à la cheville, des troubles du sommeil, des angoisses, une perte de mémoire et un état dépressif. L'assuré expliquait avoir été renversé par un automobiliste en date du 5 mars 2010, alors que lui-même circulait en scooter. Il alléguait avoir été opéré à trois reprises de la main droite depuis lors et se plaignait de douleurs dorsales persistantes au dos et d'une détérioration progressive de son état psychique entraînant une totale incapacité de travail. 3. L'OAI a alors demandé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA), assureur-accidents, d'une part, à Zürich assurances, assureur responsabilité civile du conducteur fautif, d'autre part, l'apport du dossier de l'assuré. Ont ainsi notamment été produits : - un rapport d'examen du docteur C _____, spécialiste FMH en radiologie, du 1er novembre 2010, concluant à l'absence de remaniement post-traumatique ancien ou récent et à celle d'un tassement vertébral, à une spondylodiscarthrose en L5-S1 et à une discopathie ébauchée en L4-L5 ; - un bref rapport du docteur D _____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, du 12 novembre 2010, concluant à une reprise du travail à 50% depuis le 1er octobre 2010, malgré une raideur du poignet et des douleurs ; - un rapport d'arthro-IRM du poignet droit du 30 novembre 2010, par le docteur E _____, spécialiste FMH en radiologie, concluant à une rupture de la quasi-totalité du ligament intrinsèque scapho-lunaire, à une rupture de la portion moyenne du ligament luno-triquetral, à une lésion cartilagineuse sévère s'étendant quasiment jusqu'à l'os sous-chondral, à une fissure cartilagineuse et à une amputation d'un petit fragment ostéocondral sur deux millimètres ; - un bref rapport du docteur F _____, du 26 janvier 2011, confirmant une spondylodiscarthrose en L4-L5, entraînant des dorsolombalgies chroniques augmentées depuis l'accident ; - un bref rapport du Dr D _____ du 29 avril 2011, faisant état d'une amélioration de l'état de santé de son patient, malgré une bursite post-traumatique du genou droit, depuis le 22 mars 2011 ; étaient mentionnées à titre de limitations fonctionnelles : une raideur du poignet droit et des douleurs au genou droit ; le médecin concluait à la reprise possible d'une activité adaptée à 50% dans les deux ou

trois mois ;![endif]>![if> - un rapport du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 21 juin 2011, concluant à une bursite pré-rotulienne du genou droit et à une séquelle d'intervention pour luxation du carpe du poignet droit ;![endif]>![if> - un rapport du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-chef de l'Hôpital de Morges, adressé le 11 décembre 2013 à Zürich assurances (cf. pce 80 intime) ; ce rapport, établi non sur la base d'un examen mais sur celle du dossier de l'assuré, des lettres de sortie et rapports opératoires des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), des rapports du Dr D_____ et de deux rapports établis par une entreprise de détectives privés, rappelait que le diagnostic retenu à la sortie de l'hôpital était celui de luxation rétro-lunaire du carpe à droite, mais qu'avaient également été mentionnées des contusions du genou gauche, de la cheville droite et du visage ; en mars 2010, une première intervention avait été réalisée, suivie d'une immobilisation plâtrée du poignet ; l'évolution avait été marquée par l'apparition de dorsolombalgies non traumatiques ; les diagnostics de spondylarthrose L5-S1 et de discopathie L4-L5 avec une minime scoliose dorsale basse avaient été posés ; le 13 octobre 2010, le Dr D_____ avait noté des douleurs au serrage de la main, une flexion/extension du poignet de 40-0-70 et une pro-supination de 70-0-90 ; à compter du 1^{er} octobre 2010, une capacité de travail de 50% avait été attestée ; l'arthro-IRM réalisée en novembre 2010 avait montré la persistance des ruptures du ligament intrinsèque scapho-lunaire et une fissure cartilagineuse avec un fragment ostéochondral ; par la suite, l'assuré s'était également plaint de problèmes de dépression et de troubles de la mémoire ; la doctoresse I_____ lui avait alors prescrit des médicaments antidépresseurs et des somnifères ; le 26 octobre 2010, l'assuré avait chuté sur son genou droit, ce qui avait entraîné une bursite chronique ; il avait été réopéré le 29 mars 2011 (ablation des broches du poignet et bursectomie du genou droit), le 24 janvier 2012 (arthrodèse luno-grand os – hamatum du poignet droit, suivie d'une immobilisation plâtrée), puis le 26 juin 2012 (ablation d'une vis, mise en place d'une prothèse, ablation du semi-lunaire, rétention de l'appareil capsulo-ligamentaire dorsal) ; le Dr H_____ a relevé que les renseignements médicaux étaient de qualité très moyenne, voire faible : il n'y avait finalement que très peu de certificats médicaux au dossier et ceux à disposition ne donnaient que rarement une description de la mobilité ou de la force résiduelle du poignet droit ; en définitive, le Dr H_____ a retenu les diagnostics suivants : status après luxation rétro-lunaire du carpe droit, status après capsulodèse bipolaire du poignet droit, status après arthrodèse partielle des os du carpe à droite, status après pose d'une prothèse et ablation du semi-lunaire avec rétention capsulaire du poignet droit, status après plaies de la lèvre à droite et contusions multiples, dorsolombalgies, état dépressif et trouble de la mémoire, status après plaies du genou et bursectomie du genou droit ; le médecin a précisé qu'à son avis, seuls les diagnostics des lésions du carpe de la main droite et de la lèvre étaient en relation avec l'accident ; aucun traumatisme crânien n'ayant été signalé, il avait du mal à comprendre les troubles de mémoire et l'état dépressif allégués ; quant aux dorsolombalgies, elles n'étaient pas secondaires à l'accident ; les limitations fonctionnelles à retenir étaient les suivantes : difficultés à porter des objets lourds, à faire des mouvements de rotation, à la préhension de petits objets nécessitant des mouvements fins ; toutefois, cela n'empêchait pas l'utilisation globale du membre supérieur droit ; pour le surplus, la lecture des rapports du détective privé démontrait que l'assuré semblait se déplacer sans difficultés ; l'ensemble des activités exercées indiquait qu'il rencontrait très peu de problèmes au niveau de sa main droite ; dès lors, le Dr H_____ s'est étonné que l'assuré n'ait pas retrouvé une capacité de travail

comme chauffeur-livreur ou dans toute autre activité adaptée ; il a émis l'avis qu'on pouvait admettre une incapacité de travail comme chauffeur-livreur jusqu'à fin septembre 2012 - puisque la dernière intervention datait du 26 juin 2012 ; il peinait à comprendre, au vu des rapports médicaux, la durée des incapacités de travail et l'impotence fonctionnelle et préconisait une expertise par un spécialiste de la chirurgie de la main, associée à un centre d'ergothérapie. !

! - une convention d'indemnisation établie le 25 juin 2010 par Zürich assurances ; !

! - un rapport rédigé le 23 janvier 2014 par le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, après examen de l'assuré, constatant que l'évolution au niveau du genou droit était tout à fait satisfaisante (plus de plaintes) ; au niveau du poignet, l'examen montrait une mobilité de 45° en flexion dorsale et de 15° en flexion palmaire ; il persistait toujours un tableau de synovite ; le cas pouvait être considéré comme stabilisé ; selon le médecin, l'exercice d'une activité adaptée (s'exerçant indifféremment en position assise ou debout, sans port de charges supérieures à 2 kg à droite, sans limitation sur le côté gauche, permettant d'éviter les mouvements de rotation répétés du poignet, avec éventuellement le port d'une attelle mais en pouvant utiliser sans gêne un outil informatique et n'impliquant pas de devoir monter sur une échelle) était possible à 100% (cf. pce 84 intimé).!

! - un bref rapport du 24 janvier 2014, du Dr J_____, concluant à une atteinte à l'intégrité de 12% en raison de la persistance d'une perte de force du poignet droit et de la difficulté à soulever une charge, en l'absence de descellement de la prothèse du poignet ; !

! - un bref avis émis le 26 mars 2014 par le docteur K_____, médecin au SMR, relevant que l'évolution avait été lentement favorable pour le genou, qu'en revanche, la situation au niveau du poignet n'avait été stabilisée que plus tard et estimant, au vu du dossier, que la date d'aptitude à la réadaptation devait être fixée au 1 er septembre 2011, date à laquelle l'assuré avait essayé de reprendre son activité habituelle à 50%.!

! 4. Par décision du 9 janvier 2015, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1 er août au 30 novembre 2011.!

! L'OAI a admis que, depuis mars 2010, début du délai d'attente d'une année, la capacité de travail de l'assuré avait été considérablement restreinte et qu'à l'issue du délai de carence, en mars 2011, elle était nulle, quelle que soit l'activité envisagée. L'OAI a estimé que l'assuré avait recouvré une pleine capacité à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles en septembre 2011. Dès lors, comparant le revenu qu'aurait réalisé l'assuré sans atteinte à sa santé - soit CHF 42'000.- selon les données communiquées par le dernier employeur - à celui qu'il aurait pu obtenir en exerçant une activité adaptée - soit CHF 55'560.- (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], TA1, niveau 4, compte tenu d'une réduction supplémentaire de 10%) -, l'OAI est parvenu à la conclusion que l'assuré ne subissait aucune perte de gain. 5. Par écriture du 6 février 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en alléguant que son état de santé psychique et physique était bien plus grave que ce qui avait été retenu par l'intimé. !

! Le recourant reproche à l'intimé de n'avoir pas suffisamment instruit son dossier sur le plan médical. Il allègue que l'état de sa main droite, quasiment paralysée et douloureuse, ne lui permet plus de mener une vie courante et professionnelle normale. 6. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 5 mars 2015, a conclu au rejet du recours.!

! Il fait remarquer que l'assuré a été examiné par les médecins d'autres assurances : le Dr J_____ (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA]) et le Dr H_____ (pour le compte de Zürich assurances [assurance responsabilité civile de l'automobiliste fautif]).

Par ailleurs, son médecin traitant, le Dr D_____, a été régulièrement questionné. L'intimé en tire la conclusion qu'il n'a pas violé son devoir d'instruction. Il ajoute que les conclusions de son Service médical régional (SMR) rejoignent celles de l'assureur-accidents s'agissant de la capacité résiduelle de travail (entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles), de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à une expertise complémentaire. 7. Une audience de comparution personnelle a été convoquée pour le 11 juin 2015, à laquelle l'assuré ne s'est pas présenté.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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).!

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

3. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.!

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. !

5. 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).!

6. 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 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises

établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 6. 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; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 7. En l'espèce, la Cour constate que, malgré le volume impressionnant du dossier produit par l'intimé, les documents médicaux probants se révèlent rares. Ainsi que l'a relevé le Dr H_____ à l'intention de l'assurance responsabilité civile, les renseignements fournis sont de faible qualité : il n'y a que très peu de certificats médicaux au dossier et ceux à disposition ne donnent que rarement une description de la mobilité et de la force résiduelle du poignet droit. Le rapport du Dr H_____ ne se prononce que sur les atteintes considérées comme en lien de causalité avec l'accident, tout comme celui du Dr J_____. Ainsi, les troubles psychiques et mnésiques évoqués par l'assuré, pour lesquels la Dresse I_____ lui aurait prescrit un traitement n'ont pas été investigués. Le médecin du SMR, au terme d'un rapport pour le moins sommaire émis sur la seule base de ce dossier peu précis, évalue le début de l'exigibilité d'une activité au 1^{er} septembre 2011, alors même que le Dr H_____ le fixe quant à lui à fin septembre 2012, compte tenu des deux interventions ayant encore eu lieu en janvier et juin 2012 (dont le médecin du SMR ne fait pas état et ne semble pas tenir compte). Eu égard au nombre de questions restant en suspens, il convient de renvoyer la cause pour instruction complémentaire à l'intimé, à qui il reviendra, notamment, d'éclaircir la question d'éventuels troubles psychiques ou mnésiques, aucune investigation n'ayant été menée à cet égard. Dans cette mesure, le recours est partiellement admis. 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.