

GE_GERICHTE A/523/2021 vom 21. Januar 2022

GE Cour de justice, 2022-01-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_523_2021

FR: GE_GERICHTE A/523/2021 du 21 janvier 2022

IT: GE_GERICHTE A/523/2021 del 21 gennaio 2022

Erwägungen

E. 9

S'agissant des différents rapports des médecins figurant au dossier, il faut relever ce qui suit.

E. 9.1

En l'espèce, il convient en premier lieu de revenir sur l'appréciation que la chambre de céans a faite des différents documents médicaux dans son arrêt du 25 juin 2019. Elle a en substance retenu que le rapport du Dr C_____ du 23 mai 2014 était partiellement lacunaire. Ce médecin expliquait en effet que son évaluation de la capacité de travail s'écartait de celle du Dr B_____, eu égard à l'absence de limitations d'amplitude des mains et du rachis, mais il ne précisait pas si certains éléments rapportés en janvier 2013 par le Dr B_____ permettaient de retenir une limitation de la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée en février 2011, ni l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis 2011. Il n'expliquait pas davantage pourquoi il ne retenait pas les diagnostics de périarthrite de la hanche, ni d'épicondylite et d'épitrôchléite aux coudes. Pour le surplus, son expertise prenait en compte l'anamnèse, les plaintes de la recourante et son examen clinique, et elle concordait pour l'essentiel avec les diagnostics retenus par le Dr B_____. Toutefois, le diagnostic de maladie de Sjögren posé en avril 2017 justifiait de vérifier si les autolimitations constatées par l'expert lors de son examen du 21 mai 2014 n'étaient pas en réalité explicables par un début de cette maladie rare, qui ne pouvait être diagnostiquée que par des examens poussés. En effet, aucun rapport médical ne donnait d'explications sur son étiologie et sur d'éventuels symptômes précurseurs, notamment un état douloureux latent tel que le syndrome douloureux constaté par l'expert en mai 2014. Il n'était pas exclu que la recourante présente une incapacité de travail partielle, voire entière, dans toute activité déjà avant le 1^{er} avril 2017 en lien avec cette maladie, respectivement avec les autres troubles diagnostiqués. Une instruction médicale complémentaire était nécessaire sur ces points. Quant à l'expertise du Dr E_____ du 8 septembre 2016, elle était incomplète, voire contradictoire, et comportait bon nombre de tournures à connotation subjective relevant de jugements de valeur. Elle ne correspondait en outre pas aux nouvelles exigences dégagées par la jurisprudence en matière d'expertises psychiatriques. S'agissant des rapports du Dr B_____, si la chambre de céans ne s'est pas expressément prononcée sur ce point, il est implicite qu'elle ne leur a pas reconnu une pleine force probante, puisqu'elle n'aurait pas exigé de nouvelle expertise si ces pièces suffisaient à établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'incapacité de travail alléguée. Il est indéniable que ces rapports ne peuvent se voir nier toute valeur, comme l'a admis la chambre de céans dans son arrêt du 16 avril 2013, qui les y avait qualifiés de nuancés et motivés. Cela étant, ces rapports ne contiennent pas tous les éléments formels nécessaires selon la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En particulier, dans son rapport de juillet 2013, le Dr B_____

retient une amplification des douleurs alors même que les diagnostics ne se sont pas modifiés dans l'ensemble, de sorte que la diminution de la capacité de travail de ce chef est insuffisamment motivée. Conformément à la jurisprudence, il faut en outre tenir compte de la relation thérapeutique entre un médecin traitant et son patient dans l'appréciation des rapports médicaux.

E. 9.2

En ce qui concerne la nouvelle expertise bidisciplinaire mise en œuvre par l'OAI, on relèvera qu'elle répond aux réquisits de forme en la matière et aux nouvelles exigences relatives aux expertises psychiatriques dégagées par la jurisprudence. Elle a été établie en parfaite connaissance du dossier médical et administratif de la recourante. L'expert rhumatologue s'est procuré en sus les rapports du Pr F_____ et s'est entretenu avec le Dr B_____. L'anamnèse a été recueillie de manière complète, et la recourante a été interrogée sur ses plaintes, dont les experts ont tenu compte dans l'appréciation de sa capacité de travail. Le Dr G_____ et la Dresse H_____ ont procédé à des examens cliniques poussés dont ils ont détaillé les résultats, et la recourante était assistée d'un interprète pour le volet psychiatrique. Les diagnostics posés sont clairs et les experts ont répondu aux questions qui leur étaient posées de manière convaincante.

E. 9.2.1

Au plan psychiatrique, la Dresse H_____ a exclu tout diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Cette psychiatre a retenu que la recourante présentait en revanche une anxiété généralisée (F 41.1) évoluant depuis le début de son mariage, et bien stabilisée. Elle n'avait pas d'autres plaintes psychiques, et la psychiatre ne constatait pas de symptômes dans ce sens. Si la recourante évitait la foule, elle était active au quotidien. Elle était entourée par ses enfants. Elle allait à l'église, et appréciait la lecture et la musique. Elle avait décrit de nombreux traumatismes dans sa vie, qu'elle avait su dépasser. Elle se plaignait d'un syndrome douloureux chronique évoluant depuis de nombreuses années. La Dresse H_____ a détaillé les critères diagnostiques d'un syndrome douloureux somatoforme persistant pour conclure qu'ils n'étaient pas réalisés. Un épisode dépressif rapporté en 2005, lié à une alopecie, avait été sévère selon les souvenirs de la recourante, qui le considérait comme une conséquence du stress vécu alors. Ces symptômes n'étaient toutefois plus d'actualité. S'agissant du rapport de novembre 2015 de la Dresse D_____, l'experte a exposé qu'il était peu précis et ne tenait pas compte des autres diagnostics. En effet, l'existence d'une atteinte à l'origine des plaintes douloureuses excluait un diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Quant aux troubles anxieux, que la Dresse H_____ avait également relevés, ils n'avaient pas exigé une prise en charge psychiatrique soutenue. La Dresse D_____ décrivait une incapacité de travail en raison de limitations fonctionnelles qui pouvaient être en lien avec les troubles douloureux et ne représentaient pas des limitations médico-théoriquement incapacitantes d'un point de vue strictement psychiatrique. La recourante n'avait en outre plus de suivi au plan psychiatrique, son antidépresseur étant prescrit par le rhumatologue traitant. Partant, la Dresse H_____ a exclu toute incapacité de travail en raison d'une atteinte psychique, depuis toujours. Son expertise, qui se détermine sur les éléments médicaux d'ordre psychique mentionnés par les autres médecins, est convaincante. Il n'y a ainsi pas lieu de s'écarter de ses conclusions, et la recourante ne soulève du reste aucune critique concrète à son endroit.

E. 9.2.2

Dans le volet rhumatologique, le Dr G_____ a rapporté que la recourante présentait des douleurs digitales, des poignets et « partout », en particulier des épaules, de la fesse et du pli inguinal gauches, et du membre inférieur droit avec des paresthésies, y compris de la région plantaire. Elle présentait une raideur matinale d'environ 3 heures et des douleurs nocturnes. Son périmètre de marche était limité à environ 30 minutes. Elle se sentait fatiguée toute la journée. En raison d'une sécheresse des yeux, elle devait appliquer des larmes artificielles ; elle avait la bouche sèche, et devait souvent boire de l'eau. L'examen clinique retrouvait notamment une limitation de la mobilité lombaire dans tous les plans, de la mobilité des deux épaules sans limitation de la rotation externe, mais ni synovites digitales ni ténosynovites. Les ressources de la recourante lui permettaient d'assumer son ménage. Ses difficultés étaient algiques, elle était également fatiguée. Un traitement antalgique simple par paracétamol était prescrit actuellement, et les manifestations de la maladie de Sjögren étaient partiellement contrôlées par le traitement. L'expert a rappelé qu'un syndrome inflammatoire avait été mis en évidence en avril 2017. On constatait à l'époque une tuméfaction articulaire des mains, pieds, coudes et genoux, et une sécheresse buccale et oculaire. Les examens avaient alors confirmé le diagnostic de syndrome de Sjögren. En comparaison avec les constatations du Pr F_____ dans ses rapports des 2 février et 16 mai 2018, soit notamment des tuméfactions modérées de plusieurs articulations métacarpo-phalangiennes, l'anamnèse révélait que l'état de la recourante s'était amélioré depuis l'introduction d'un traitement de CellCept®. Il n'y avait pour l'heure plus d'anomalie à l'examen digital, on notait en particulier l'absence de synovites des articulations. La protéine C réactive était dans les normes. À défaut d'informations depuis le 31 août 2018, date du dernier rapport du Dr B_____, le Dr G_____ datait cette amélioration clinique au jour de son examen, soit en juillet 2020. L'expert a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome de Sjögren primaire (M 35.0), et de syndrome sous-acromial bilatéral sur status après acromioplastie pour déchirure du supra-épineux droit en juin 2019 et tendinopathie calcifiante du sus-épineux gauche (M 75). Les diagnostics non incapacitants étaient un discret syndrome lombaire sans signes de compression radiculaire des membres inférieurs sur discopathie (M 51.8), une discrète rhizarthrose droite (M 19.94), un status après cure du 3^{ème} doigt droit à ressaut le 20 janvier 1994 et après cure du 4^{ème} doigt droit à ressaut le 6 septembre 2011 (M 65.34) et un status après cure de tunnel carpien droit en 2003 et gauche 12 ans plus tôt environ (G 56.0). Il n'y avait actuellement pas d'arguments cliniques pour une cirrhose biliaire primitive, pas plus que pour une myosite active associée au syndrome sec. S'agissant de la capacité de travail, le Dr G_____ s'est rallié aux limitations fonctionnelles établies en 2014 par le médecin du SMR, soit pas d'activité lourde, limite de port de charges à 5 kg, pas de travail avec des mouvements répétitifs des membres supérieurs ou au-delà de l'horizontale. Il y a ajouté les activités nécessitant une importante force de préhension. Dans l'exercice d'une activité respectant ces limitations, il évaluait la capacité de travail à 50 % dès la date de son examen, soit le 20 juillet 2020, sans diminution de rendement. Cette capacité de travail était susceptible de s'améliorer. Une réévaluation était préconisée dans un à deux ans. La capacité de travail était réduite en raison de la fatigue encore présente, accompagnée d'un syndrome sec actif, et des arthralgies. À la question de savoir si la maladie de Sjögren pouvait déjà se manifester entre 2010 et 2017, l'expert a exposé que ce diagnostic reposait sur des critères reconnus. Le syndrome sec pouvait s'accompagner, entre autres de manifestations systémiques, et en particulier, chez 15 à 30 % des patients, d'une arthrite symétrique non érosive. Le Dr B_____ avait décrit dans son rapport du 31 août

2018 que « la situation [commençait] à changer en 2017 », et il n'y avait aucun indice pour un syndrome sec ni pour une maladie rhumatismale inflammatoire avant cette date, au vu des rapports antérieurs du rhumatologue traitant et de l'expertise du Dr C_____ en 2014. Le Dr G_____ a en outre précisé, en réponse à la mission d'expertise, que les affections traitées de manière autonome durant cette période n'étaient pas des manifestations du syndrome de Sjögren, car elles relevaient de problèmes musculo-ligamentaires et rachidiens d'origine dégénérative. L'expert rhumatologue s'est prononcé en ces termes sur l'évolution de la capacité de travail depuis le dépôt de la demande : « Le [1^{er} juillet 2009] une demande de prestations [d'invalidité] a été déposée. Une [capacité de travail (dans une activité adaptée)] a été évaluée à 90 % dès [septembre 2000] (recte 2010) par l'expertise du Dr C_____ du [23 mai 2014]. Un degré d'invalidité de 100 % dès le [1^{er} avril 2018] a été reconnu. Finalement, nous évaluons la [capacité de travail] à 50 % depuis la réalisation de notre expertise, [le 20 juillet 2020] ». Au plan rhumatologique, l'expertise du BEM doit également se voir reconnaître valeur probante. Le Dr G_____ a en effet détaillé ses observations, qu'il a émaillées de références à la littérature médicale, et ses réponses sont motivées, notamment s'agissant de l'apparition du syndrome de Sjögren.

E. 9.2.3

En ce qui concerne en particulier l'évolution de la capacité de travail depuis 2010, la recourante a fait valoir dans son complément de recours du 22 avril 2021 que le Dr G_____ ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail antérieure à son expertise sur la base des éléments figurant au dossier, alors que les rapports détaillés du Dr B_____ confirmaient une incapacité de travail dans toute activité, notamment ceux établis en 2010. Elle a pour le surplus affirmé que les indications du dernier expert ne pouvaient être comprises comme une reprise des conclusions du Dr C_____, et qu'elles ne convaincraient pas si tel était leur sens. En effet, la chambre de céans avait estimé que l'expertise du Dr C_____ ne permettait pas d'établir la capacité de travail pour la période pertinente. La recourante ne peut être suivie sur ce point. S'il est vrai que la formulation de la conclusion du Dr G_____ n'est pas totalement dénuée d'équivoque, elle ne peut être comprise autrement qu'en ce sens que cet expert se rallie à l'appréciation du Dr C_____. Cette analyse s'impose également eu égard au contexte de la mise en œuvre de cette nouvelle expertise et des autres réponses amenées par le Dr G_____. En effet, il faut rappeler que la chambre de céans a exigé un complément d'instruction essentiellement pour déterminer si le syndrome de Sjögren diagnostiqué en 2017 avait déjà pu déployer des effets en 2014 et expliquait certaines douleurs à cette époque. Elle n'a toutefois pas dénié toute valeur probante à l'expertise rhumatologique réalisée en 2014. Les explications du Dr G_____ – qu'aucun élément objectif ne permet de mettre en doute – sont claires à ce sujet, et il expose en se référant au changement que le Dr B_____ a daté de 2017 que c'est à cette période que cette pathologie s'est déclarée. Il explique que les précédentes atteintes évoquées ne lui étaient pas imputables au vu de leur origine dégénérative. Le fait que la chambre de céans n'ait pas reconnu une pleine valeur probante aux conclusions du Dr C_____, notamment en raison de la maladie diagnostiquée postérieurement à son expertise, qui aurait pu expliquer rétrospectivement l'augmentation des douleurs signalées en janvier 2013 par le Dr B_____, ne signifie pas que l'appréciation de l'expert rhumatologue en 2014 ne puisse être confirmée par une nouvelle expertise établie sur la base de l'ensemble des éléments médicaux découverts par la suite, en particulier des constatations cliniques faites dans l'intervalle. La recourante affirme en outre que le Dr G_____ ne pouvait en toute hypothèse pas se contenter de reprendre le rapport d'expertise de 2014 sans discuter les

autres éléments médicaux à disposition. Cette argumentation tombe cependant à faux. En effet, le Dr G_____ a non seulement pris connaissance des indications du rhumatologue traitant, il s'est également entretenu avec lui et a obtenu des informations complémentaires ressortant des rapports établis par le Pr F_____. Il s'est fondé notamment sur ces éléments pour confirmer la date d'apparition du syndrome de Sjögren, de sorte qu'on ne saurait considérer qu'il les a simplement ignorés et qu'il s'est contenté de reprendre l'évaluation de la capacité de travail par le Dr C_____ sans procéder à une appréciation autonome, mais bien plutôt qu'il conclut que ladite évaluation n'était pas erronée au vu des découvertes médicales postérieures. S'agissant du fait que les rapports du Dr B_____ établissent une incapacité de travail totale pendant toute la période litigieuse, comme l'affirme la recourante, on a déjà vu que ces rapports ne sont pas formellement en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels et n'y suffisent donc pas.

E. 9.2.4

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans se ralliera aux conclusions des experts s'agissant de l'évolution de la capacité de travail de la recourante. Il y a ainsi lieu d'admettre que la recourante présente depuis septembre 2010 une capacité de travail dans une activité adaptée de 90 % en raison de la diminution de rendement. Partant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1), la chambre de céans ne donnera pas suite à la demande d'audition du Dr B_____.

E. 10

En ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité, la chambre de céans a déjà confirmé en 2013 qu'il n'était pas critiquable que l'intimé ait retenu au titre de revenu avant l'atteinte à la santé le salaire d'ouvrière effectivement perçu par la recourante, quand bien même il était inférieur au salaire minimal applicable selon la CCT. On ne saurait revenir ici sur cette analyse, en l'absence de démarches démontrant que la recourante a tenté d'obtenir que son salaire soit ajusté au barème conventionnel. Quant au revenu après invalidité, que l'intimé a fixé sur la base de l'ESS 2010 en référence au revenu tiré d'une activité simple et répétitive pour une femme dans (soit CHF 4'225.- par mois pour 40 heures par semaine), il a également été établi de manière conforme à la jurisprudence rappelée ci-dessus. L'abattement de 15 % tient en outre compte des limitations fonctionnelles de la recourante. Partant, le degré d'invalidité de 22.8 %, arrondi selon les règles mathématiques à 23 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2), auquel est parvenu l'intimé en comparant les revenus avant et après invalidité, doit être confirmé. Ce taux n'ouvrant pas droit à une rente, il y a également lieu de confirmer la décision de l'intimé en tant qu'elle nie le droit à cette prestation dès le 1^{er} décembre 2010, soit trois mois après que la recourante a recouvré une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée, conformément à l'art. 88a al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201).

E. 11

Le recours est rejeté. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), la recourante supporte l'émolument de procédure de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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