

GE_GERICHTE A/941/2018 vom 21. Oktober 2019

GE Cour de justice, 2019-10-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_941_2018

FR: GE_GERICHTE A/941/2018 du 21 octobre 2019

IT: GE_GERICHTE A/941/2018 del 21 ottobre 2019

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par PROCAP pour personnes avec handicap recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le _____ 1971, divorcé, père d'un enfant né en 2001, originaire d'Uruguay, naturalisé suisse en 2002, a suivi, dans son pays d'origine, une formation de technicien en agriculture. Après son arrivée en Suisse, en 1996, il a travaillé en tant que manoeuvre, puis en tant que maçon-coffreur et peintre en bâtiment sur des chantiers. 2. En raison de problèmes de genoux et de lombalgies, il a dû changer d'activité et a entamé une formation d'opérateur sur machines CNC (computer numerical control , francisé en « commande numérique par ordinateur ») à l'IFAGE, qu'il a réussie (certificat d'opérateur sur machines CNC en avril 2008) et complétée par une formation de programmeur-régleur sur machine CNC, sanctionnée par un diplôme correspondant, décerné en avril 2011 par l'IFAGE. 3. Du 17 juin 2011 au 15 juin 2012, il a effectué une mission intérimaire d'opérateur en horlogerie auprès d'une entreprise cliente de son employeur, la société B_____ SA. 4. En raison d'une neuropathie du nerf sciatique poplitée externe (ci-après : SPE) à la jambe gauche et d'une sclérose du col vésical, il a dû subir des opérations en avril et mai 2013. N'ayant pas pu récupérer une capacité de travail entière, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI ou l'intimé) le 27 septembre 2013, précisant qu'il était en incapacité de travail (ci-après : IT) à 100 % depuis le 30 novembre 2012 pour cause de maladie, qu'il souffrait de lombalgies chroniques depuis 2006, d'une hypoesthésie du pied gauche depuis 2009 et qu'il était suivi par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale. 5. Dans un rapport du 7 octobre 2013 à l'OAI, le Dr C_____ a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré était entière depuis le 1 er mars 2013 et toujours en cours. Elle était due à une compression du SPE de la jambe gauche, opérée en mai 2013, et à une sclérose du col vésical, opérée en avril 2013. L'assuré ressentait toujours des douleurs dans sa jambe gauche mais l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle dès que les douleurs auraient diminué. D'un point de vue médical, une telle reprise était exigible à 100 %. 6. Dans un rapport reçu le 4 décembre 2013 par l'OAI, le docteur D_____, spécialiste en anesthésiologie, a estimé que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient les suivants : - Lombalgies chroniques depuis 2006 ; - Status post-neurolyse du SPE gauche en 2012 ; - Lésion du ménisque interne gauche. Les lombalgies chroniques ne répondaient pas à la physiothérapie, sans qu'il y ait de substrat anatomique clair. Au test de l'appui, on notait cependant une douleur sacro-iliaque et dans les articulations facettaires de la charnière lombo-sacrée. Comme le port de charges devait être évité, l'activité de peintre en bâtiment n'était plus exigible. À la date du dernier contrôle, soit le 22 octobre 2013, la capacité de

travail était entière dans toute activité ne requérant ni port de charges lourdes ni travail à genoux. 7. Dans un rapport du 7 décembre 2103, le docteur E_____, spécialiste en rhumatologue, a considéré que les diagnostics de lésion compressive du SPE gauche, atteinte du nerf cubital gauche au coude (déficitaire) et lombalgies chroniques avaient un effet sur la capacité de travail de l'assuré. Il marchait avec une canne, avait encore des engourdissements dans le pied gauche, ressentait des douleurs à la cheville et au tendon d'Achille gauche. Même s'il estimait qu'il convenait d'éviter les activités exercées uniquement en position assise ou debout, s'effectuant principalement en marchant (terrain irrégulier), nécessitant de travailler en porte-à-faux, en position accroupie, à genoux, en hauteur (échelle/échafaudages) ou impliquant le port de charges, le Dr E_____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail exigible de l'assuré dans une activité adaptée. 8. Par avis du 11 février 2014, le médecin SMR a estimé à la lumière des rapports des Drs C_____, D_____ et E_____ que la compression du SPE, traitée par neurolyse en mai 2013, et les lombalgies chroniques non spécifiques (M54.5) étaient du ressort de l'assurance-invalidité. Le début de la longue maladie remontait au 15 juin 2012 et le début de l'aptitude à la réadaptation au 1^{er} novembre 2013, soit six mois après l'opération. Depuis lors, l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (port de charges régulier limité à 10 kg, alternance des positions, pas de mouvements en porte-à-faux du tronc, pas de marche prolongée ni en terrain irrégulier, pas de position statique les genoux croisés ou en tailleur [protection du SPE]). Cette capacité de travail était également entière dans l'activité habituelle d'opérateur en horlogerie mais pas en tant que peintre en bâtiment. 9. Par projet de décision du 3 mars 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 27 septembre 2013, motif pris que sa capacité de travail était entière dans toute activité depuis le 1^{er} novembre 2011. 10. Par courrier du 31 mars 2014, l'assuré a soutenu qu'au vu de ses limitations fonctionnelles, il ne pouvait exercer son activité d'opérateur CNC auprès d'une entreprise horlogère. Ses lombalgies chroniques l'empêchaient d'avoir la moindre activité. Il éprouvait des douleurs aiguës, que ce soit en position assise ou debout, et il ne pouvait pas parcourir une distance de plus de 300 m sans avoir mal au pied gauche. 11. Dans un rapport du 7 avril 2014, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a attesté avoir reçu l'assuré les 14 et 28 mars 2014 pour un avis rhumatologique, précisant qu'il avait eu à disposition le rapport SMR du 11 février 2014. Dans l'anamnèse qu'il avait établie le 14 mars 2014, il retenait des lombalgies mécaniques qui lui paraissaient en corrélation avec le syndrome facettaire lombaire connu. Quant aux paresthésies gênantes du dos du pied gauche - qui entraînaient une boiterie et rendaient nécessaire l'utilisation d'une canne -, elles étaient à mettre en relation avec le SPE opéré. Pour tenter d'aider l'assuré, il avait prescrit d'une part, une ceinture baleinée - que l'assuré portait quatre à six heures par jour avec un bénéfice notable - et d'autre part, quelques séances de désensibilisation tronculaire à effectuer chez une ergothérapeute. Ce traitement était actuellement en cours et un délai de trois mois paraissait nécessaire avant d'exiger la reprise d'une activité professionnelle à un poste adapté. 12. Le 14 avril 2014, le Dr F_____ s'est déterminé par écrit sur une série de questions que le conseil de l'assuré lui avait soumises, rappelant qu'il avait retenu le diagnostic de syndrome facettaire lombaire et de trouble sensitif du membre inférieur gauche dans le territoire du SPE. Selon son anamnèse, il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé mais une absence d'amélioration significative depuis les différentes mesures thérapeutiques de la région lombaire et l'opération du SPE que l'assuré avait subie en mai 2013. L'activité d'opérateur CNC en horlogerie était adaptée aux limitations fonctionnelles

de l'assuré mais ne pouvait être exercée, en l'état, à un taux supérieur à 50 %. Une éventuelle augmentation de celui-ci dépendait de l'évolution du traitement en cours. Il ne faisait cependant pas de doute qu'en cas de persistance des symptômes lombaires et de la névralgie du pied gauche, une baisse de rendement serait à craindre. 13. Par avis du 13 mai 2014, le médecin SMR a estimé à la lumière des explications du Dr F_____ que le cas n'était pas stabilisé et qu'il convenait de reprendre l'instruction médicale. 14. Dans un rapport à l'OAI du 2 juin 2014, le Dr F_____ a fait état d'une raideur des segments lombaires, précisant que le pronostic était réservé suivant les activités. Les diagnostics incapacitants étaient des lombalgies mécaniques chroniques dès 2006. La paresthésie du pied gauche n'était plus considérée comme incapacitante. Le traitement actuel consistait dans le port d'une ceinture lombaire, la prescription d'antalgiques et une tentative de désensibilisation tronculaire auprès d'une ergothérapeute. Il était trop tôt pour se prononcer sur une amélioration de la capacité de travail dans une activité adaptée. Interrogé sur les spécificités auxquelles devrait répondre une activité adaptée au handicap, le Dr F_____ a mentionné qu'il convenait d'éviter les activités exercées uniquement en position assise ou debout, s'effectuant principalement en marchant (terrain irrégulier), nécessitant de monter des escaliers, de travailler en porte-à-faux, en position accroupie, à genoux, en hauteur (échelle/échafaudages) ou impliquant le port de charges. 15. Le 27 août 2014, le Dr G_____ a estimé que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis deux à trois mois, avec une diminution des douleurs ressenties aux jambes. La capacité de travail de l'assuré était de 100 % (« à voir avec le patient ») dans une activité permettant d'alterner fréquemment les positions. 16. Le 6 septembre 2014, le Dr F_____ a considéré que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré - sans changement dans les diagnostics - depuis août 2014 grâce à un régime alimentaire (perte de 10 kg), au port de la ceinture lombaire et aux séances de désensibilisation du tronc nerveux du SPE gauche. Il tenait mieux les postures assise et debout et avait augmenté son périmètre de marche. Avant de se prononcer définitivement sur la capacité de travail, celle-ci était à évaluer, dans un premier temps, sur la base d'une reprise thérapeutique. 17. Par avis du 10 novembre 2014, le médecin SMR a estimé qu'afin de préciser les limitations fonctionnelles, la capacité de travail résiduelle dans la dernière activité et/ou dans une activité adaptée, le taux ainsi que l'évolution de cette capacité depuis juin 2012, il convenait de convoquer l'assuré à un examen clinique rhumatologique. 18. Le 5 janvier 2015, l'assuré s'est rendu au SMR-Vevey pour y subir un examen clinique rhumatologique pratiqué par le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation. Après avoir pris connaissance et résumé le dossier de l'assuré, retracé son anamnèse, recueilli ses plaintes et établi son status général, neurologique et ostéo-articulaire, ce médecin a retenu deux diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de l'assuré : - Lombalgies chroniques dans le cadre d'une discrète arthrose des articulations postérieures, congestive en L3-L4 (M54.5) ; - Arthrose débutante du compartiment fémoro-tibial interne du genou gauche et redéchirure de la corne postérieure du ménisque interne (M17.1). En revanche, le status après neurolyse et enfouissement du SPE gauche - opération pratiquée le 28 mai 2013 pour une neuropathie compressive - était sans répercussion sur sa capacité de travail. À l'examen clinique, il y avait une douleur palpatoire de la jonction lombosacrée. La flexion lombaire, bien que conservée, était douloureuse et l'extension lombaire limitée. La manoeuvre de Lasègue était négative. Il n'y avait pas de sciatalgie. L'examen neurologique était normal, hormis une légère hypoesthésie au niveau des premier et deuxième rayons du pied gauche, s'étendant jusqu'à la cheville. La discrète arthrose des articulations postérieures, congestive en L3-L4,

justifiait des limitations fonctionnelles pour les activités très contraignantes pour la région lombaire, c'est-à-dire le port de charges lourdes, les positions statiques notamment penchées en avant. Concernant les genoux, l'assuré précisait n'avoir plus de problèmes à ce niveau et l'examen clinique révélait une mobilité conservée, sans épanchement intra-articulaire, ainsi que des ligaments latéraux et croisés « compétents ». Les épreuves méniscales étaient indolores. Cependant, au vu de l'atteinte cartilagineuse débutante - amincissement du cartilage du compartiment fémoro-tibial interne objectivé par une IRM du 15 octobre 2012 - et de l'atteinte méniscale, les activités exposant le genou gauche à de fortes contraintes mécaniques étaient à éviter, à l'instar des longues marches, de la marche en terrain irrégulier, des postures prolongées genoux fléchis ou à genoux et des mouvements de torsion du genou. Pour le reste, au vu des faibles séquelles neurologiques de la neuropathie compressive du pied gauche - hypoesthésie tacto-algique des premier et deuxième rayons du pied gauche -, il n'y avait pas lieu de retenir de limitations fonctionnelles pour cette atteinte. En synthèse, la discrète arthrose des articulations postérieures lombaires avec épanchement articulaire en L3-L4 et l'arthrose débutante du compartiment interne du genou gauche avec déchirure méniscale ne permettaient plus à l'assuré d'exercer la profession de manoeuvre sur les chantiers, du fait d'une incompatibilité avec les limitations fonctionnelles lombaires (port de charges supérieures à 15 kg, marche au-delà de 2 km, position debout au-delà d'une heure, position assise au-delà de deux heures, activités en porte-à-faux lombaire ou penché en avant, mouvements répétitifs de flexion ou rotation lombaires de forte amplitude et répétitifs) et du genou gauche (marches fréquentes au-delà de 1 km, marche sur terrain irrégulier, activités à genoux ou en position accroupie, mouvements de torsion du genou). À noter que l'activité d'opérateur CNC dans une entreprise horlogère était adaptée à ces limitations. Dans cette activité, la capacité de travail était nulle à compter du 1^{er} mars 2013 (cf. rapport du Dr C_____ du 7 octobre 2013), mais depuis le 22 octobre 2013, elle était à nouveau entière dans cette activité (cf. rapport du Dr D_____ reçu le 4 décembre 2013 par l'OAI). 19. Par avis du 19 janvier 2015, le médecin SMR a considéré que le début de la longue maladie remontait au 1^{er} mars 2013 mais que depuis le 22 octobre 2013, la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr H_____. 20. Par décision du 20 janvier 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations formée le 27 septembre 2013. L'assuré avait certes connu une incapacité de travail entière dans toute activité professionnelle depuis le 1^{er} mars 2013 mais celle-ci avait duré moins d'une année. En effet, depuis le 22 octobre 2013, sa capacité de travail était à nouveau entière dans toute activité adaptée. Non contestée, cette décision est entrée en force. 21. Le 13 juin 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, précisant qu'il souffrait de rachialgies et de paresthésies à la jambe et au pied gauche, affections pour lesquelles il était suivi par le Dr F_____ du

E. 14

février 2018 pour apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision opérée en application de l'art. 17 LPGA. La décision du 20 janvier 2015 se fondait sur l'avis émis le 19 janvier 2015 par le SMR. Ce dernier avait admis une capacité de travail nulle dans toute activité du 1^{er} mars 2013 au 21 octobre 2013 et le recouvrement d'une capacité de travail entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles lombaires (port de charges supérieures à 15 kg, marche au-delà de 2 km, position debout au-delà d'une heure, position assise au-delà de deux heures, activités en porte-à-faux lombaire ou penchées en avant, mouvements répétitifs de flexion ou rotation lombaires de forte amplitude et répétitifs) et du

genou gauche (marches fréquentes au-delà de 1 km, marche sur terrain irrégulier, activités à genoux ou en position accroupie, mouvements de torsion du genou) retenues par le Dr H_____. À la suite de la nouvelle demande déposée le 13 juin 2016, le Dr F_____ a indiqué en substance que les diagnostics qu'il avait posés dans le cadre de l'examen de la première demande n'avaient pas changé et qu'il persistait également une boiterie douloureuse et des limitations fonctionnelles concernant la station assise et debout prolongée, ainsi que les mouvements répétitifs de flexion du tronc. À cet égard, un rapport de stage des EPI, évaluant à 50 % le rendement d'un stage à 50 % méritait, selon ce médecin, que l'intimé se repositionnât. Invité le 10 avril 2017 par l'OAI à actualiser le dossier depuis « juillet 2016 », le Dr F_____ a répondu le 28 avril 2017 que l'état de santé du recourant s'était aggravé depuis fin 2016, sans changement dans les diagnostics, dans le cadre d'un état « cliniquement stationnaire ». Il a précisé que cette évolution était marquée par une aggravation des limitations à la marche - la marche prolongée étant restreinte à une distance inférieure ou égale à 500 m - et une station assise qui ne pouvait être tenue plus de trois heures de suite, de sorte que la capacité de travail était de 50 % en tant que dessinateur DAO, ce poste étant adapté aux limitations fonctionnelles du recourant. S'agissant des aspects psychiques du cas - absents du dossier dans le cadre de l'examen de la première demande -, ils étaient caractérisés par un épisode dépressif pris en charge depuis le 15 avril 2014 et survenu dans le contexte de la perte d'une bonne partie de ses aptitudes physiques, notamment du fait des lombalgies et gonalgies. Sur la base des rapports recueillis à la suite du dépôt de la demande de prestations, du 13 juin 2016, le médecin SMR a estimé par avis du 2 novembre 2017 que le Dr F_____ ne donnait ni description clinique ni explication à l'appui de l'aggravation alléguée, alors même qu'il évoquait une situation clinique stationnaire. Quant à la Dresse I_____, il ressortait de ses explications que c'était des raisons somatiques qui dominaient à l'appui de son appréciation de la capacité de travail - selon elle réduite à 50 %. En conclusion, le médecin SMR a estimé que les éléments médicaux mis à sa disposition ne rendaient pas plausible une aggravation de l'état de santé du recourant, de sorte que celui-ci disposait toujours d'une capacité de travail entière, que ce soit dans l'activité habituelle d'ouvrier en horlogerie ou dans toute activité adaptée. Les conclusions du médecin SMR, sur lesquelles se fonde la décision de refus de prestations du 14 février 2018, ne sauraient être suivies pour plusieurs raisons. En effet, la Dresse I_____ ne s'est pas contentée d'apprécier différemment une situation connue. Elle a diagnostiqué une pathologie qui n'avait pas été observée auparavant et indiqué que son patient était limité physiquement mais aussi psychologiquement dans son activité exercée dans le cadre protégé des EPI. Quant au Dr F_____, il précise que cette activité (nouvelle) est celle de dessinateur DAO, qu'il qualifie d'adaptée, tout en mettant en exergue la présence de limitations fonctionnelles intéressant la station assise et debout - qu'il illustre en renvoyant au rapport d'évaluation des EPI du 17 mars 2016, lequel fait état de « capacités physiques fortement restreintes (lombalgies chroniques) et de la nécessité d'un travail léger et à mi-temps, s'effectuant principalement en position assise (libre) » (cf. p. 10 du rapport) - mais aussi un périmètre de marche inférieur ou égal à 500 m. Force est de constater que ces éléments jetaient déjà le doute quant à l'absence d'évolution de la situation et auraient nécessité en soi des éclaircissements. On ajoutera que l'intimé ne pouvait tirer argument du fait que le Dr F_____ n'a pas mentionné d'autres diagnostics que ceux qu'il mentionnait déjà en 2014 pour en déduire l'absence de modification de la situation, d'autant que le rapport du 28 avril 2017 de ce médecin répondait à une demande d'actualisation du dossier depuis juillet 2016 (cf. courrier de l'intimé du 10 avril 2017). Enfin, il semble avoir échappé au médecin SMR

que l'activité habituelle est, depuis septembre 2015, une activité en atelier protégé, qui plus est exercée à 50 %. Ce nonobstant, il conclut à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle d'ouvrier en horlogerie - qui relevait du marché ordinaire de l'emploi - ou dans toute autre activité adaptée. À cet égard, il y a lieu de relever que selon les EPI, le recourant présente un rendement global de 50 % sur un mi-temps (soit 25 %) et que « viser un emploi dans le marché primaire apparaît donc irréalisable » (cf. p. 13 du rapport). On peine à comprendre, dans ces conditions, comment le médecin SMR est parvenu à cette conclusion. La chambre de céans ne saurait dès lors se fonder sur l'avis SMR du 2 novembre 2017 pour examiner le bien-fondé de la décision entreprise. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, sur une modification de la capacité de gain du recourant depuis la décision du 20 janvier 2015, dès lors qu'il ne contient pas les éléments suffisants et probants permettant d'évaluer la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle en atelier protégé et dans une activité adaptée. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme notamment d'un stage d'observation professionnelle visant à clarifier le rendement exigible et les activités qui demeurent à la portée du recourant. 12. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé. Représenté par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). ***** 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.