

## **GE\_GERICHTE ATAS/526/2008 vom 5. Mai 2008**

GE Cour de justice, 2008-05-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_526\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_526_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/526/2008 du 5 mai 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/526/2008 del 5 maggio 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 45**

Le 7 avril 2006, le Dr K\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, médecin de la SUVA a rendu une appréciation médicale. L'articulation sous-astragalienne étant

A/283/2007 - 10/26 - déjà quasi immobilisée, l'effet d'une immobilisation totale entraînée par une arthrodèse ne devrait pas être très significatif. Le Dr J\_\_\_\_\_ décrivait la cause probable du pied plat bilatéral préexistant à l'accident et de la rigidité de l'arrière pied, à savoir une coalition synchondrosique complète du calcanéum et de l'os naviculaire. Il poursuit : "Etant donné que neuf ans se sont écoulés depuis la fracture de la cheville, et que c'est la question d'une éventuelle "rechute" qui se pose actuellement, il convient de se demander si cette "décompensation" continue d'être responsable de l'état actuel du patient, si nous ne sommes pas plutôt en présence d'une évolution naturelle, ou même si un tel lien de causalité a jamais existé. Pour pouvoir répondre à ces questions sur la base de données objectives, il serait utile de savoir sur quels critères morphologiques le Dr J\_\_\_\_\_ se fonde pour décrire une décompensation (mobilisation à l'intérieur de la coalition ? Mobilisation ou enraidissement accru de l'articulation sous-astragalienne ? Lésion de l'articulation sous-astragalienne ?). Le Dr J\_\_\_\_\_ n'est absolument pas sûr que l'origine des douleurs - au moins dans leur majeure partie - se situe au niveau de l'articulation sous-astragalienne. La preuve en est qu'il recommande impérativement, préalablement à l'intervention, un test anesthésique de cette articulation et/ou une immobilisation test de l'arrière-pied (botte de plâtre pendant trois à quatre semaines). Par ailleurs, il précise que la pleine collaboration du patient est nécessaire pour la réussite de l'intervention, notamment dans l'optique d'une reprise de l'activité professionnelle. Conclusion : Le Dr J\_\_\_\_\_ a analysé la cause probable du pied plat bilatéral, lequel est incontestablement antérieur à l'accident. Selon moi, la coalition calcanéo-naviculaire est restée au stade d'une synchondrose. Apparemment, le Dr J\_\_\_\_\_ conclut quant à lui à une fusion osseuse, ce qui rend la thèse d'une décompensation difficilement compréhensible. L'effet de cette décompensation se serait selon lui prolongé pendant toutes ces années pour évoluer jusqu'à une rechute. Quelle est selon lui l'origine de la décompensation ? Un rapide examen de la littérature disponible sur ce thème n'a pas apporté de réponse claire. Avant toute intervention chirurgicale (arthrodèse), des mesures diagnostiques supplémentaires concluantes sont impérativement requises, afin de savoir si l'origine des douleurs se situe réellement dans l'articulation sous-astragalienne. Si ces mesures ne donnaient pas les résultats attendus, il faudrait a) rejeter l'option de l'intervention, et b) se demander si l'articulation sous-astragalienne, ou plus exactement la coalition calcanéo- naviculaire est réellement à l'origine des symptômes. Comme le patient ne se sent plus, depuis longtemps déjà, en état de travailler, les motifs objectifs ainsi que sa motivation face à la douleurs sont certainement suffisants pour justifier une évaluation sérieuse de la pertinence des mesures

chirurgicales proposées".

**E. 46**

Le 13 avril 2006, la Dresse A\_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré nécessitait une intervention chirurgicale du pied droit et ceci le plus rapidement possible du fait que l'aggravation manifeste des symptômes depuis ces dernières années et mois. Les douleurs ne font qu'augmenter à la marche et la nuit et se répercutent sur la

A/283/2007 - 11/26 - hanche et le bas du dos (voir la position vicieuse, adoptée par le patient, en rotation externe du membre inférieur droite, que ce soit debout ou assis, de manière à éviter les douleurs citées plus haut). Contrairement à ce qui est dit par le Dr J\_\_\_\_\_ dans son expertise, le patient ne travaille plus ni comme grutier ni comme magasinier et ce depuis 2003. Vu l'aggravation des symptômes, je pense qu'il ne peut toujours pas travailler dans ces professions.

**E. 47**

Le 7 juin 2006, la Dresse A\_\_\_\_\_ a adressé l'assuré au Dr M. L\_\_\_\_\_, médecin-adjoint au département de chirurgie des HUG pour un autre avis médical avec une éventuelle prise en charge chirurgicale. Elle notait qu'elle avait, après l'opération, revu le patient en octobre 2004 alors qu'il avait dû arrêter de travailler et se plaignait de douleurs à la cheville qui remontaient jusqu'à dans la cuisse et qui le faisaient boiter. Il y avait toujours à l'ENMG une compression du nerf tibial postérieur dans le canal tarsien. Une IRM d'octobre 2004 montrait une synostose calcanééo-scaphoïdienne bilatérale et une synovite des tendons tibial postérieur et FHL.

**E. 48**

Le 23 juin 2006, elle a attesté que deux infiltrations étaient restées sans effet.

**E. 49**

Le 29 juin 2006, le Dr I\_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'existait pas d'élément médical objectif pour une aggravation; l'opération prévue depuis 2005 n'avait toujours pas eu lieu. Les limitations fonctionnelles retenues par la SUVA équivalaient à une exclusion fonctionnelle du pied droit et ne sauraient donc augmenter.

**E. 50**

ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. 7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 incapable de travailler. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). En outre, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (voir, à propos du rôle des COPAI pour l'évaluation de l'invalidité : L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, compte-rendu d'une séance du 10 novembre 1989 consacrée aux problèmes de

l'expertise médicale et professionnelle, in : RCC 1990 p. 59 ss ; Karl Abegg, Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI], in : RCC 1985 p. 246 ss). Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 ss). 8. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des

A/283/2007 - 20/26 - revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. 9. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment

grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 -

A/283/2007 - 21/26 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a). 10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 261 consid. 4 et les références). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

A/283/2007 - 22/26 - généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) 11. En l'espèce, il ressort des avis médicaux versés au dossier ce qui suit : Relativement à la période antérieure à la décision d'octroi de rente du 5 novembre 2001 : • Le 15 février 1999, la Dresse C\_\_\_\_\_ a constaté des lombalgies simples chroniques. • Les 25 septembre 1998 et 15 avril 1999, respectivement les Drs

B\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ ont conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, essentiellement assise ou avec alternance des positions assise/debout, avec déplacements sur terrain plat, sur de courtes distances, sans montées fréquentes à des échelles ou d'escaliers. • Le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé le 6 novembre 2000 l'existence de dorso- lombalgies puis le 23 mars 2001 il a expliqué que la boiterie avait eu des répercussions sur la colonne vertébrale avec apparition d'algies gênantes excluant la station debout prolongée. • Le 31 juillet 2001, le Dr D\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail complète dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans station debout de longue durées, longues marches surtout en terrain inégal, déplacement dans les escaliers, port de charges et avec une alternance des positions debout et assises. Relativement à la période subséquente à la décision d'octroi de rente du 5 novembre 2001 : • Le 12 décembre 2003, le Dr E\_\_\_\_\_ a mentionné de nombreuses douleurs au niveau du bassin et de la colonne vertébrale. Le 1er février 2008, il a constaté que d'importantes cervico-dorso-lombalgies étaient apparues au fil des années et que les douleurs empêchaient le patient de garder plus de quelques minutes une position fixe et donc toute capacité de travail. • Le Dr J\_\_\_\_\_ a relevé le 13 mars 2006 qu'une activité adaptée, particulièrement en position assise ou alternant les positions assise et debout et en évitant le port de charge de plus de 5-10 kilos était possible avec un rendement de 75-100 %. L'exigibilité décrite par le Dr B\_\_\_\_\_ en septembre 1998 n'était pas modifiée. Il ne s'est pas prononcé dans son complément du 14 août 2007 sur la capacité de travail du recourant.

A/283/2007 - 23/26 - • La Dresse A\_\_\_\_\_ a attesté d'importantes douleurs qui se répercutaient sur la hanche et le bas du dos empêchant le recourant de rester assis plus de dix minutes et une aggravation de la situation depuis l'accident. Une observation professionnelle était nécessaire (avis des 13 avril et 16 avril 2007). Elle a estimé lors de son audition le 9 juillet 2007 que dans une activité alternée lui permettant de changer de position, une capacité de travail à 100 % serait possible. Elle a ensuite ajouté qu'à priori le patient ne pouvait plus travailler du tout, sous réserve d'une activité particulièrement bien adaptée à son handicap. Il lui était difficile de se prononcer sur un rendement, sans référence à un métier en particulier. Il convenait de mettre en place une observation professionnelle. • Quant au Dr L\_\_\_\_\_ il a estimé le 16 avril 2007 que le patient n'avait pratiquement plus de capacité de travail debout mais qu'une profession à prédominance assise était possible, la problématique au niveau du pied n'ayant pas d'influence sur la position assise. • Les Drs N\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ ont considéré le 5 décembre 2007 qu'un travail essentiellement en position assise était possible. • Enfin, la Dresse C\_\_\_\_\_ a confirmé le 25 février 2008 qu'elle avait posé le diagnostic de lombalgies chroniques en 1999. 12. a) Il ressort des avis médicaux précités que, s'agissant de l'atteinte au pied droit du recourant, les médecins spécialistes consultés postérieurement à la décision de l'intimé de novembre 2001 ont confirmé qu'une activité adaptée, soit principalement en évitant la position debout, était possible à 100 % (expertise du Dr J\_\_\_\_\_ du 13 mars 2006, avis des Drs L\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ des 16 avril et 5 décembre 2007). Certes, la Dresse A\_\_\_\_\_ fait état d'une aggravation des douleurs depuis 2004 (procès-verbal du 9 juillet 2007) et met en doute l'existence d'une activité adaptée au handicap du recourant tout en mentionnant néanmoins une pleine capacité de travail possible dans une activité adaptée, de telle sorte que son avis n'est pas en mesure de remettre en question ceux, concordants, des médecins précités. Du point de vue de l'atteinte au pied droit, force est de constater qu'il n'y a pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, une aggravation de l'état de santé entraînant une diminution de la pleine

capacité de travail du recourant reconnue dans une activité adaptée. b) S'agissant de l'atteinte au niveau lombaire, le Dr E\_\_\_\_\_ a estimé le 1er février 2008 que d'importantes cervico-dorso-lombalgies étaient apparues au fil des années, en raison de grandes difficultés à la marche. Cependant, il y a lieu de relever que le recourant souffrait déjà au moment de l'évaluation de son invalidité en novembre 2001 de dorso-lombalgies attestées par la Dresse C\_\_\_\_\_ et le

A/283/2007 - 24/26 - Dr E\_\_\_\_\_. L'augmentation des douleurs relevée par le Dr E\_\_\_\_\_ n'a cependant pas été objectivée par un examen médical et le recourant n'a pas effectué de suivi médical auprès d'un spécialiste pour cette affection, la Dresse A\_\_\_\_\_ ayant déclaré en audience qu'elle ne s'était pas occupée de cette atteinte et la Dresse C\_\_\_\_\_ qu'elle n'avait vu le patient que les 19 et 25 janvier 1999. Du point de vue de l'assurance-invalidité, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans pathogenèse claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt W. du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b; à propos des troubles somatoformes douloureux: ATF 131 V 49 et les références; à propos de la fibromyalgie: arrêt S. du 8 février 2006 ATF 132 V 65; ATF du 21 mars 2006 I 274/05). En l'occurrence, il n'existe pas de substrat organique avéré en dehors des constatations faites par la Dresse C\_\_\_\_\_ en 1999 permettant d'expliquer l'intensité des plaintes douloureuses du recourant relatives aux cervico-dorso- lombalgies et ce dernier ne présente pas de pathologie psychique associée, de sorte qu'une incapacité de travail ne saurait être admise uniquement en relation avec les plaintes douloureuses. 13. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que, du point de vue de l'assurance-invalidité, l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié dans une mesure telle qu'il impliquerait une réduction de la capacité de travail reconnue comme pleine et entière dans une activité adaptée en novembre 2001 par l'intimé. En l'absence d'une modification du degré d'invalidité du recourant, son recours, dirigé contre le rejet par l'intimé de sa demande de révision de sa rente, ne peut qu'être rejeté. 14. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires

A/283/2007 - 25/26 - relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant.

A/283/2007 - 26/26 -

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