

GE_GERICHTE ATAS/679/2009 vom 28. Mai 2009

GE Cour de justice, 2009-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_679_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/679/2009 du 28 mai 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/679/2009 del 28 maggio 2009

Erwägungen

E. 7

Le 1er juillet 2005, le Dr P_____ a annoncé une rechute à la SUVA. Il a diagnostiqué des dorso-lombalgies post-traumatiques et chirurgicales et constaté une limitation de la mobilité de la hanche importante et une rotation compensatoire du bassin. Il a attesté une incapacité de travail de 50%, sans préciser depuis quand.

E. 8

Le 31 août 2005, l'assuré a déposé auprès de l'OCAI une nouvelle demande de prestations, sur laquelle l'OCAI a refusé d'entrer en matière au motif que l'assuré n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé (cf. décision de l'OCAI du 16 novembre 2005).

E. 9

Le 16 février 2006, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAI en produisant une attestation établie le 6 février 2006 par le Dr P_____, dont il ressort que les traitements mis en place n'ont pas permis de « régler les différentes limitations » de l'assuré, qui souffre de dorsolombalgies chroniques accentuées à la marche ou lors de la station assise ou debout. Le médecin invoque une forte bascule rotation du bassin qui contribue aux douleurs. Il dit avoir constaté durant les deux dernières années une forte attitude antalgique et une aggravation continue de la symptomatologie. Il mentionne également l'apparition d'un état dépressif réactionnel, dont il n'indique pas le degré de gravité. Le médecin demande en définitive que le droit à une rente de son patient soit réévalué au vu de cette nouvelle situation.

A/3045/2008 - 5/17 -

E. 10

Le 15 mai 2006, l'assuré a été examiné par le Dr Q_____, chirurgien- orthopédiste FMH et médecin d'agence de la SUVA, auquel il a déclaré être suivi par le Dr P_____ depuis 2001 pour des douleurs de la hanche droite situées au niveau inguinal et descendant dans le genou.

E. 11

L'assuré présentait une diminution de longueur de la jambe et de la mobilité de la hanche. Il se plaignait de ne pouvoir marcher ni rester assis longtemps, ainsi que de douleurs aux niveaux des lombaires et du coude droit, ces dernières étant toutefois au second plan. L'assuré a expliqué travailler depuis le 1er mars 2004 à 50% comme chauffeur- livreur. Le Dr Q_____ a relevé que les radiographies pratiquées en avril 2006 révélèrent une nette aggravation par rapport aux constatations faites en 1999 et aux radiographies effectuées en 2001, la fracture du col fémoral ayant évolué vers une nécrose aseptique avec

destruction fonctionnelle de la hanche qui expliquait parfaitement la symptomatologie douloureuse. Le médecin a expliqué que la nécrose aseptique de la tête fémorale était une complication classique des fractures du col du fémur et qu'il faudrait mettre en place une prothèse totale de hanche. S'agissant du coude droit, il a observé une évolution vers une arthrose ainsi que des troubles fonctionnels encore relativement modestes de sorte qu'un traitement particulier n'était pas nécessaire à l'heure actuelle. Le médecin a conclu en indiquant que les activités possibles étaient extrêmement restreintes et se résumaient à des déplacements à pied ou à des stations assises de courte durée.

E. 12

Le 28 juillet 2006, l'assuré et son employeur ont résilié le contrat de travail d'un commun accord avec effet au 31 août 2006.

E. 13

Répondant au questionnaire qui lui était adressé par l'OCAI, l'employeur auprès duquel l'assuré a travaillé comme chauffeur-livreur de mars 2004 à août 2006 a indiqué, en date du 6 septembre 2006, que son employé lui avait apporté pleine satisfaction mais que son état de santé s'était dégradé au point qu'il souffrait sans cesse et qu'il avait fallu se rendre à l'évidence, après avoir tout essayé afin de soulager, et constater que, dans la mesure où il lui était très difficile et presque impossible de marcher, descendre, s'accroupir, s'agenouiller, porter des charges, il n'arrivait pas à accomplir son travail, malgré toute sa bonne volonté

E. 14

Par courrier du 15 février 2007, la SUVA a informé l'assuré qu'elle reconnaissait son droit aux prestations pour la rechute et lui versait une indemnité journalière dès le 1er septembre 2006.

A/3045/2008 - 6/17 -

E. 15

Opéré en mars 2007, l'assuré a ensuite séjourné, du 5 au 20 avril 2007, dans le service de rééducation locomotrice des HUG. La Dresse R_____, interniste, a diagnostiqué une ostéo-arthrite sur ostéo-nécrose post-traumatique de la tête du fémur droit traitée par prothèse totale de hanche, le 28 mars 2007. Outre les fractures de 1997, elle a également diagnostiqué une maladie de Scheuermann. Elle a précisé que le patient avait subi une fracture péri-opératoire du fût fémoral droit traitée par trois cerclages. Il était précisé que la rééducation à la marche durerait six semaines. La capacité de travail était alors de 0%, tout comme la capacité à la conduite automobile (cf. rapport du 21 mai 2007).

E. 16

Dans un rapport du 27 juillet 2007 adressé à l'Office cantonal de l'assurance- invalidité, le Dr P_____ a confirmé les diagnostics déjà posés et attesté une incapacité de travail entière du 8 octobre 2001 au 28 février 2004, de 50% du 1er mars 2004 au 31 août 2006 et de 100% à nouveau dès le 1er septembre 2006.

E. 17

Dans un rapport du 13 novembre 2007, le Dr S_____, médecin au département de chirurgie des HUG, a exposé que, lors de la consultation du 24 septembre 2007, le patient se plaignait encore de quelques douleurs sur le côté latéral mais que, globalement, il y avait une amélioration. Le médecin a attesté une reprise du travail à 100% dès le 1er novembre

2007.

E. 18

Le 10 décembre 2007, le Dr T _____, chirurgien-orthopédiste FMH, a mentionné la persistance de douleurs à la hanche droite. Il a constaté que l'assuré rencontrait des difficultés dans l'habillage et le déplacement, qu'il marchait en boitant et présentait un valgus.

E. 19

A l'issue de l'examen final du 22 janvier 2008, le Dr Q _____ a relaté que le patient se plaignait de douleurs constantes inguinales et de difficultés pour dormir sur le côté droit. L'assuré affirmait que son état était presque identique à celui qui était le sien en mai 2006. Le seul point positif était l'égalisation de la longueur des membres inférieurs. Il se plaignait également de problèmes dorsaux qu'il attribuait à l'accident ainsi que des troubles au bras. Le Dr Q _____ a constaté une marche sans particularité, des longueurs équivalentes des membres inférieurs avec un valgus ainsi qu'une discrète limitation de la flexion. S'agissant du membre supérieur, il a mentionné une discrète réduction de la flexion du coude. Il a relevé que si, subjectivement, le résultat était moyen, objectivement, il y avait une nette amélioration par rapport aux constatations de mai 2006. L'évolution après prothèse totale de hanche avait atteint un certain degré de stabilité. Sur le plan professionnel, il était nécessaire de tenir compte de certaines limitations. L'assuré devait ainsi éviter les longues marches, les longues stations debout, les stations assises permanentes, la marche sur terrain inégal, les montées et descentes répétitives d'escaliers ou d'échelles ainsi que les positions accroupie et à genoux. Le médecin a émis l'avis que, dans un poste adapté tenant compte de ces

A/3045/2008 - 7/17 - limitations, l'assuré pourrait travailler à plein temps. Vu l'absence de lésions au niveau vertébral lors de l'accident, les troubles douloureux mentionnés désormais ne pouvaient pas être considérés comme étant en rapport de causalité certain ou vraisemblable avec l'évènement.

E. 20

Le 1er février 2008, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations.

E. 21

L'assuré a contesté ce projet par courrier du 26 février 2008 en alléguant en substance être dans l'incapacité totale de travailler.

E. 22

Par décision du 22 juillet 2008, l'OCAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré. L'OCAI a considéré que les pièces médicales ne démontraient pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré, dont la capacité de travail dans une activité adaptée restait entière. L'OCAI s'est référé au rapport d'examen final de la SUVA. Il a par ailleurs précisé que les différents rapports du Dr P _____ n'apportaient pas d'éléments nouveaux.

E. 23

Par écriture du 22 août 2008, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans contre la décision de l'OCAI en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de réactualiser les

données sur son état de santé et les répercussions des atteintes sur sa capacité de travail. Il fait valoir que, depuis son accident, les douleurs sont toujours présentes. Il reproche à l'intimé de sous-estimer ses souffrances, dont il admet qu'elles sont difficilement mesurables objectivement. Il fait remarquer que son employeur a dû le licencier en raison de la dégradation de son état de santé. Il proteste de sa bonne volonté et allègue que c'est à tort qu'on a lui a reproché un manque d'engagement. Il justifie sa demande de nouvelle expertise en alléguant que les dossiers de l'OCAI et de la SUVA ne comportent pas de documents médicaux suffisamment récents et sous-évaluent complètement l'intensité de ses douleurs ainsi que leurs conséquences sur sa capacité de travail, respectivement de gain. Enfin, il conclut que le Tribunal devrait statuer en sa faveur car il serait injuste de le pénaliser en raison du simple doute suscité par les assureurs sociaux.

E. 24

Entre-temps, par décision du 29 juillet 2008, la SUVA a quant à elle mis fin à la prise en charge temporaire des soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2008. S'appuyant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, elle a estimé que, malgré la rechute, l'assuré était toujours à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie en respectant les limitations fonctionnelles, de sorte qu'elle continuerait à lui verser la rente allouée précédemment, correspondant à un degré d'invalidité de 15%. En revanche, l'appréciation médicale ayant mis en évidence une aggravation de l'atteinte à l'intégrité à 22%, l'intégrité correspondante serait également versée à l'assuré.

A/3045/2008 - 8/17 - Sur opposition, la SUVA a confirmé cette décision en date du 15 septembre 2008. Par écriture du 13 octobre 2008, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans contre la décision de la SUVA (procédure a/3669/2008) en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

E. 25

Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 23 septembre 2008, a conclu au rejet du recours. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision

de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). 3. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

A/3045/2008 - 9/17 - 4. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis la décision initiale du 7 février 2001 au point de lui ouvrir droit à une rente d'invalidité. 5. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce. c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en

A/3045/2008 - 10/17 - conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b). 6. Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou

mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1). 7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (pour la procédure administrative : art. 40 PCF en corrélation avec les art. 19 PA et 55 al. 1 LPGA; pour la procédure devant le tribunal cantonal des assurances : art. 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter

A/3045/2008 - 11/17 - de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a encore précisé qu'en ce qui concerne les rapports médicaux établis par les médecins traitants de l'assuré, il y a lieu de tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui

est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

A/3045/2008 - 12/17 - 8. En l'espèce, il convient de comparer l'état de santé du recourant tel qu'il se présentait en date du 7 février 2001 à celui qui a été le sien par la suite, postérieurement à sa nouvelle demande, en février 2006. En février 2001, l'intimé a considéré que l'assuré pourrait exercer à plein temps et sans diminution de rendement une activité adaptée à son état de santé c'est-à-dire, respectant les limitations énoncées par le Dr Q _____, à savoir éviter certaines sollicitations prolongées ou répétées, telles que la marche - surtout en montée ou en descente - les accroupissements et agenouillements, le port de charges, la position assise continue, les travaux nécessitant beaucoup de force au niveau du côté supérieur droit du corps. La comparaison des gains a conduit à un degré d'invalidité de 12%. Le recourant se plaignait alors de douleurs au niveau de la hanche droite, douleurs qui apparaissaient après la marche à plat pendant environ une heure ou en montées ou descentes. Il se plaignait également de douleurs lombaires, apparaissant en position assise ou lorsqu'il dormait sur le côté droit. Enfin, il évoquait également des douleurs au niveau de son coude droit. Près d'une année après la mise en place d'une prothèse de hanche à droite, le 22 janvier 2008, le Dr Q _____ a procédé à un nouvel examen de l'assuré. Lors de cet examen, le recourant s'est plaint que son état de santé était quasiment inchangé depuis mai 2006, précisant que les douleurs étaient inguinales et qu'il avait des difficultés pour dormir du côté droit. A la fin de l'examen, il a toutefois admis qu'il était mieux qu'avant l'opération. Rappelons qu'en mai 2006, l'assuré se plaignait de douleurs au niveau inguinal, descendant dans son genou droit, qui l'empêchaient de marcher et de rester longtemps assis ; il signalait également des douleurs au niveau des lombaires et, de façon secondaire, du coude droit suivant l'activité exercée. Au status, en janvier 2008, le Dr Q _____ a constaté une nette amélioration par rapport à mai 2006 : la boiterie avait disparu et le recourant marchait beaucoup mieux. Le médecin a constaté que les membres inférieurs étaient désormais de longueur équivalente, avec une discrète limitation de la flexion. Il a également noté une réduction de la flexion du coude droit. Les limitations fonctionnelles retenues concernaient la marche de longue durée et/ou sur terrain inégal, les stations debout prolongées, les montées et descentes répétitives d'escaliers ou

d'échelles, l'accroupissement, l'agenouillement, la position assise statique. Le Dr Q _____ a conclu à l'exigibilité à plein temps d'une activité respectant ces limitations. Le Dr Q _____ a rédigé son rapport après avoir étudié les pièces du dossier et les radiographies, établi une anamnèse, pris note des plaintes du recourant et procédé à un examen clinique. Il s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis le premier examen final, sur sa capacité de travail et sur le lien de causalité naturelle. Son rapport ne contient pas de contradictions. En effet, dans la

A/3045/2008 - 13/17 - mesure où la boiterie a disparu et où la faculté à la marche s'est améliorée suite de la disparition de l'inégalité de longueur des membres inférieurs, on ne voit pas comment la capacité de travail raisonnablement exigible du recourant dans une activité adaptée pourrait être inférieure à celle admise en 1999, alors qu'il boitait et présentait une inégalité des membres inférieurs. De plus, cette amélioration est confirmée par le rapport du Dr S _____ du 13 novembre 2007. Par conséquent, le rapport du Dr Q _____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Le recourant reproche au Dr Q _____ d'avoir minimisé ses douleurs. Or, compte tenu des difficultés à établir l'existence de douleurs – difficultés reconnues d'ailleurs par le recourant –, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle; ATFA non publié I 600/03 du

E. 30

novembre 2004, consid. 3.2) mais doivent être confirmées par des observations médicales concluantes. En effet, au regard du seuil de tolérance de la douleur qui est variable suivant les personnes et est influencé par de nombreux éléments, notamment culturels, il appartient à l'expert de se baser sur des constatations objectives pour prendre ses conclusions. Par conséquent, c'est à juste titre que le médecin de la SUVA, tout en rapportant les plaintes de l'assuré, en a relativisé l'intensité en se fondant sur les limitations fonctionnelles objectivées, sur la mobilité mesurée lors de son examen clinique et sur les radiographies, soit sur des éléments objectifs, seuls pertinents dans ce type d'appréciation (cf. ATFA non publié I 366/05 du 12 juillet 2005). De plus, le recourant ne produit aucun rapport médical motivé à l'appui de son argumentation si ce n'est des rapports de son médecin traitant faisant simplement état de différentes périodes d'incapacité de travail sans apporter la moindre explication à cette égard. Ces rapports, faute d'être motivés, ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante. Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; ATFA non publié I 113/06 du 7 mars 2007, consid. 4.4 et les arrêts cités), on ne saurait remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF non publié 9C_657/200 du 12 juin 2008, consid. 2.3). Or, les rapports du Dr P _____ ne reprochent pas au Dr Q _____ de ne pas avoir tenu compte d'éléments objectivement vérifiables de sorte que le rapport de ce dernier a une pleine valeur probante et ses conclusions seront suivies par le Tribunal de céans. Le recourant reproche par ailleurs aux assureurs de s'être basés sur des rapports médicaux trop anciens. Or, force est de constater que le rapport du Dr

A/3045/2008 - 14/17 - Q_____ date du 22 janvier 2008 alors que la décision litigieuse a été rendue le 22 juillet 2008. On ne voit donc pas en quoi ledit rapport ne serait pas actuel. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATF non publié U 154/02 du 17 mars 2003, consid. 6.1 et les références citées). En l'espèce, ainsi que cela vient d'être dit, les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, si bien que la mise en œuvre d'une expertise s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction complémentaire formée par le recourant. En définitive, il ressort des documents médicaux versés au dossier que les limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr Q_____ en janvier 2008 sont parfaitement superposables à celles retenues par le Dr O_____ en mai 1999. Dès lors, en janvier 2008, l'état de santé de l'assuré ne justifiait pas une modification de son degré d'invalidité. Il n'en reste pas moins que l'état de santé de l'assuré s'est temporairement aggravé – ce qu'a d'ailleurs reconnu le SMR – entre la fin de l'année 2005 et le 1er novembre 2007 – date à laquelle le Dr S_____ a conclu à une reprise du travail à 100%, confirmée par le Dr Q_____ en janvier 2008. Cette aggravation temporaire de l'état de santé de l'assuré a d'ailleurs justifié l'octroi d'indemnités journalières par la SUVA du 1er septembre 2006 au 31 août 2008. En juillet 2005, le Dr P_____ annonçait une rechute à la SUVA en faisant état d'une incapacité de travail de 50%, sans indiquer depuis quand exactement. Le 31 août 2005, l'assuré déposait une nouvelle demande auprès de l'intimé sans toutefois la justifier, de telle sorte que l'intimé a refusé d'entrer en matière. Le 6 février 2006, le Dr P_____ a cette fois établi une attestation qui conclut certes à une aggravation, mais sans motiver le degré de capacité de travail. En revanche, en date du 15 mai 2006, le Dr Q_____ a confirmé cette aggravation et conclu que les activités possibles étaient extrêmement restreintes. Fin juillet 2006, l'assuré a mis un terme à son contrat de travail.

A/3045/2008 - 15/17 - On peut donc conclure au vu de ces éléments qu'il a été confirmé de manière documentée que la capacité de travail de l'assuré a été effectivement réduite à 50% en mai 2006, puis à 0% à compter du 1er août 2006 et ce jusqu'au 1er novembre 2007, date à laquelle le Dr S_____ a conclu à la reprise du travail à plein temps, et que le revenu d'invalidité du recourant a été provisoirement réduit dans la même proportion, induisant un degré d'invalidité de 56%, puis de 100%. Compte tenu du délai de trois mois prescrit par la loi, le recourant doit donc se voir reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1er septembre 2006, puis à une rente entière du 1er novembre 2006 au 30 janvier 2008. En ce sens, le recours est partiellement admis. Pour le reste, il convient de confirmer la décision de l'intimé, en ce sens qu'au-delà du 30 janvier 2008, le degré d'invalidité de l'assuré est redevenu comparable à ce qu'il était au moment de la décision initiale.

A/3045/2008 - 16/17 -

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