

GE_GERICHTE ATAS/986/2013 vom 7. Oktober 2013

GE Cour de justice, 2013-10-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_986_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/986/2013 du 7 octobre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/986/2013 del 7 ottobre 2013

Erwägungen

E. 1

Monsieur G _____ (ci-après l'assuré), d'origine espagnole, né en 1951, installé à Genève depuis 1967, a obtenu un CFC de monteur sanitaire en 1970. Depuis 1998, il travaille pour l'entreprise X _____ SA.

E. 2

L'assuré a été victime d'un accident le 24 mars 2006, touchant son genou gauche, d'un deuxième accident le 7 décembre 2006, concernant l'épaule gauche, et d'un troisième accident le 7 juin 2007, touchant la cheville gauche. Ces accidents ont été annoncés à la SUVA. L'assuré est en incapacité de travail totale depuis le 24 mars 2006.

E. 3

L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité pour adultes auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (OAI) le 8 février 2007.

E. 4

Il ressort du questionnaire rempli par l'employeur le 19 février 2007 que le salaire de l'assuré s'élevait à 29 fr.42 de l'heure depuis le 1er janvier 2006. L'extrait du compte individuel AVS de l'assuré mentionne, pour l'année 2005, un salaire annuel de 60'304 fr.

E. 5

Selon le rapport médical du 19 février 2007 du Dr L _____, médecin traitant de l'assuré, le diagnostic est une fracture (illisible) du genou gauche, des raideurs et des douleurs séquellaires, avec répercussion sur la capacité de travail. L'état de santé est stationnaire. L'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible. Une autre activité est exigible, mais sédentaire, sans charges, ni marche et avec un rendement de 50 %.

E. 6

L'assuré a été ausculté par le médecin d'arrondissement de la SUVA dont le rapport du 24 janvier 2007 conclut que l'évolution n'est pas favorable. Il existe une importante réduction fonctionnelle du genou gauche dont l'étendue n'est pas expliquée totalement par l'importance des lésions traumatiques. La situation du genou s'est compliquée par une chute sur l'épaule gauche, avec actuellement une importante réduction de mobilité de cette articulation. En raison de la longue évolution, de l'association des lésions du membre inférieur et du membre supérieur, de l'importance des atteintes fonctionnelles actuelles, un séjour en clinique de réadaptation est indiqué.

E. 7

décembre 2006, capsulite rétractile de l'épaule gauche et arthrose acromio-claviculaire gauche débutante". Les comorbidités sont un trouble de l'adaptation avec réaction

dépressive prolongée, un diabète de type II traité par antidiabétiques oraux, une paraprotéinémie IgG Kappa, à investiguer, une fracture de la cheville gauche en 1990 et une fracture de la cheville droite en 1994, ostéosynthésées et anamnestiques. Le statut ostéo-articulaire mentionne que le patient marche avec une canne. Sans canne, seuls quelques pas sont effectués avec une importante boiterie. La marche sur les talons et les pointes est esquissée mais n'est pas réalisée. L'accroupissement n'est pas possible, l'appui sur le pied gauche non plus. Le passage de la position assise à couchée est réalisé seulement si la jambe gauche est soutenue par la main. L'amplitude articulaire active (130° contre 90°) et passive (145° contre 110°) du genou est nettement plus importante à droite qu'à gauche. La palpation du genou gauche est douloureuse. S'agissant des épaules, la ceinture scapulaire est surélevée à gauche par rapport à la droite. La palpation de l'épaule gauche est sensible. L'amplitude articulaire est beaucoup plus importante à droite qu'à gauche (170° contre 90°). Procédant à l'appréciation et la discussion du cas, le médecin reprend le status et commente le bilan radiologique, lequel aboutit au diagnostic mentionné plus haut. S'agissant de l'épaule, outre la capsulite, le bilan radiologique montre des signes d'arthrose acromio-claviculaire. Durant le séjour, le patient a suivi un programme de physiothérapie de mobilisation articulaire, de remise en charge, de rééducation à la marche et de renforcement musculaire. À la sortie, il utilise un bâton de marche au lieu d'une canne et sur des petites distances, il marche sans canne. Les escaliers sont effectués un pas après l'autre, la position sur le pied gauche n'est pas tenue. Les douleurs au genou augmentent durant le séjour. En conclusion, le médecin indique que l'on peut présumer que l'évolution sera longue chez un patient présentant peu de ressources adaptatives. La situation médicale n'est pas stabilisée et il est trop tôt pour se prononcer sur la nécessité d'une réorientation professionnelle. L'incapacité de travail est prolongée du 5 avril au 3 mai 2007.

E. 8

Selon le rapport du consilium psychiatrique de la CRR du 12 mars 2007, le diagnostic est un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée.

- 4/18-

A/4364/2009

E. 9

Selon le rapport médical intermédiaire du 5 juillet 2007 du Dr L_____, la situation est stationnaire. La capacité de travail est nulle dans toute activité et le pronostic est extrêmement réservé. Selon le rapport médical intermédiaire du 2 novembre 2007 du Dr L_____, la situation s'est aggravée, suite à une fracture de la cheville gauche le 7 juin 2007, aucun travail n'est envisageable dans l'état actuel.

E. 10

Par rapport du 14 février 2008, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr N_____ conclut, après un examen médical complet et l'examen des radiographies que la situation ne s'est pas améliorée au niveau du genou et de l'épaule gauche depuis un an, de sorte qu'il faut admettre qu'elle est stabilisée. Il en va de même en ce qui concerne la cheville gauche, sept mois après une fracture non déplacée de la malléole interne. Il reprend les diagnostics posés par la clinique de réadaptation. En raison des séquelles de l'accident, la profession de plombier ne peut plus être reprise. Une profession de substitution ne peut être réalisée qu'en position assise, mais en tenant compte des limitations de mobilité de l'épaule

gauche en rotation externe, abduction et flexion, la position assise ne pouvant pas être maintenue de manière continue sans pause supplémentaire. Il existe un dommage permanent et l'atteinte à l'intégrité est provisoirement fixée à 15%.

E. 11

L'OAI a mandaté le Dr O _____, spécialiste en chirurgie orthopédique pour procéder à une expertise de l'assuré. Selon le rapport du 25 mars 2008, les diagnostics sont : status deux ans après fracture du massif des épines et fracture- arrachement du condyle fémoral interne du genou gauche, traitées conservativement ; status dix-huit mois après ménisectomie postéro-interne du genou gauche ; épisode algo-neuro-sytrophique intercurrent du membre inférieur gauche ; pré-arthrose interne du genou gauche ; status dix-huit ans après ostéosynthèse d'une fracture de la malléole interne gauche, status neuf mois après fracture non déplacée de la malléole interne gauche ; possible arthrose tibio-tarsienne gauche débutante ; status quinze ans après ostéosynthèse d'une fracture de la malléole externe de la cheville gauche ; status seize mois après contusion de l'épaule gauche ; tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux épaules, avec insuffisance du muscle sous-scapulaire du côté droit et possible insuffisance du sus- épineux du côté gauche.

Lors de l'auscultation du patient, l'expert relève une mobilité réduite de l'épaule gauche et des douleurs ; une importante boiterie à gauche, l'appui unipodal étant impossible de ce côté-là, de même que l'accroupissement. Le passage de la position debout-couché implique le soutien du membre inférieur gauche. Toute manipulation du membre inférieur gauche déclenche des douleurs et des

- 5/18-

A/4364/2009 mouvements de retrait. Le membre présente une hypotrophie musculaire globale et une limitation des amplitudes articulaires. Le genou gauche présente une laxité pathologique, une hypersensibilité au toucher. Le patient parvient tout juste à décoller son talon, lorsque le genou est en extension. La cheville gauche est globalement et discrètement empâtée et la mobilité est réduite par rapport à la droite.

S'agissant de l'appréciation du cas, le médecin examine chaque pathologie et sa répercussion fonctionnelle. En premier lieu, s'agissant de la cheville gauche, les séquelles sont modestes. Il y a une ébauche ostéophyttaire antérieure du pilon tibial, assez banale chez un patient de 57 ans. Toutefois, le potentiel évolutif de cette pré- arthrose est réel. Le status clinique est favorable, la mobilité articulaire de la cheville gauche étant proche de la norme, justifiant toutefois une fatigabilité accrue à ce niveau. L'atteinte résiduelle de la cheville gauche est modeste et influe de façon peu substantielle sur la capacité de travail. En second lieu, la situation est différente s'agissant du genou gauche. La fracture des épines ne laisse pas des séquelles significatives, mais la ménisectomie interne, faite en septembre 2006, laisse un état de pré-arthrose, qui génère une limitation de la capacité de travail. La situation s'est compliquée par l'apparition d'un syndrome dystrophique réflexe, touchant une bonne partie du membre inférieur. S'il n'y a plus d'expression scintigraphique de ce syndrome, il persiste une hypotrophie musculaire régionale, une appréhension et des phénomènes de lâchage du genou. Les douleurs marquées à la manipulation du membre, les mouvements de retrait, ne trouvent pas d'explication anatomique évidente, mais assombrissent le tableau et jouent un rôle défavorable. En troisième lieu, la fracture de la malléole externe de la cheville droite ne laisse pas de séquelles fonctionnelles significatives et n'influe pas sur la

capacité de travail. En dernier lieu, il reste la problématique de l'épaule gauche, qui présente une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, avec un conflit sous-acromial. L'atteinte semble modérée, mais une appréciation nuancée est difficile, compte tenu des plaintes importantes, peut-être exagérées. Ces pathologies présentent des douleurs à l'effort, une fatigabilité accrue, des douleurs nocturnes.

En pondérant les divers éléments précités, et en s'appuyant sur les éléments objectifs, ainsi que le handicap prévisible de chacune des pathologies dégénératives que présente le patient, le médecin indique que la reprise en plein de l'ancienne activité de monteur sanitaire est définitivement compromise. Une capacité de travail résiduelle de l'ordre de 50 % au maximum paraît encore possible, pour autant que l'on puisse libérer le patient de son attelle et respecter les nombreuses limitations fonctionnelles : l'accroupissement, l'agenouillement sont difficiles ; le mouvement de force en traction/torsion des membres supérieurs également ; le port

- 6/18-

A/4364/2009 de charges au-delà de cinq kilos, la marche sur terrain inégal, la montée et la descente répétée d'escaliers, et les gestes sur une échelle sont exclus.

Le patient peut exercer sans gêne significative des activités en position assise, pour autant qu'il puisse se lever régulièrement, et sans maniement d'objets lourds, soit une activité de bureautique, informatique, téléphoniste, micro-électronique, emballage et représentation.

L'amélioration de la capacité de travail au poste occupé n'est pas possible, l'incapacité de travail de plus de 20 % date de mars 2006, la capacité résiduelle de travail est de 50 %, pour autant que le sentiment d'appréhension puisse être levé.

E. 12

Selon l'avis de la Dresse P_____ du SMR du 22 mai 2008, l'état de santé est stabilisé depuis février 2008, l'assuré est totalement incapable de travailler dans l'activité antérieure, mais dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, de sorte que des mesures professionnelles sont indiquées.

E. 13

L'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure de réadaptation professionnelle avec paiement d'indemnités journalières du 6 octobre 2008 au 18 janvier 2009. La mesure a finalement été limitée au 30 novembre 2008. Le rapport d'orientation du

E. 18

Le Dr L_____ indique à l'OAI par pli du 2 mars 2009 qu'il n'y a eu aucune amélioration au cours de l'année 2008. Le SMR précise le 17 avril 2009 que, malgré une canne et la prise de 300 mg de Tramal par jour, l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

E. 19

Par décision du 9 septembre 2009, la SUVA alloue une rente d'invalidité de 28% à l'assuré, estimant qu'il peut exercer une activité légère permettant de réaliser un revenu de 4'150 fr. comparé au revenu qu'il aurait obtenu sans accident de 5'800 fr. L'appréciation médicale implique une atteinte à l'intégrité corporelle de 35%. L'assuré a formé opposition à cette décision.

E. 20

Par décision du 13 novembre 2009, l'OAI confirme son projet de décision.

E. 21

Par acte du 4 décembre 2009, l'assuré forme recours, conclut à l'annulation de la décision, à la constatation du droit de l'assuré aux prestations d'invalidité. Il fait valoir que la décision exclut à tort toute diminution de rendement, le Dr L_____ retenant quant à lui une diminution de rendement de 50%. La

- 8/18-

A/4364/2009 nécessité d'effectuer des pauses même dans une activité adaptée implique forcément de tenir compte d'une diminution de rendement. Même le Dr O_____ admet que l'assuré doit pouvoir se lever régulièrement dans le cadre d'un travail assis. En tenant compte de la nécessité de faire une pause de 10 minutes toutes les heures, le rendement est réduit de 50%, de sorte que le revenu d'invalidité est de 25'596 fr. impliquant une invalidité de 62,7%. (60'226 fr ./ 2 - 15%). L'assuré a joint à son recours deux rapports médicaux du Dr Q_____, spécialiste en médecine interne, des 16 et 25 novembre 2009. Le premier pose comme diagnostic une fracture non déplacée du massif des épines et fracture-arrachement peu déplacée du condyle fémoral interne du genou gauche, déchirure du ménisque interne, algodystrophie du genou gauche, arthrose fémoro-patellaire externe préexistante à l'accident, capsulite rétractile de l'épaule gauche, suite à l'accident de décembre 2006, fracture de la cheville gauche en juin 2007. Le médecin précise que le patient n'est plus capable de travailler dans sa profession de plombier à cause des séquelles de l'accident, soit des douleurs chroniques du genou, de la cheville et de l'épaule gauche, avec boiterie et limitations fonctionnelles. Le patient ne peut travailler qu'assis et pas de façon prolongée, avec des limitations importantes dans l'utilisation de l'épaule gauche. Il n'existe probablement pas d'activité qui corresponde à ses limitations dans la réalité. S'il existe une telle activité, le patient a un rendement diminué de 50%. Son avis du

E. 25

Par pli du 11 mai 2010, l'assuré adhère aux conclusions du Dr R_____ et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 24 mars 2007.

E. 26

Par pli du 2 juin 2010, l'OAI conclut au rejet du recours, sur la base de l'avis de la Dresse P_____ du SMR du 28 mai 2010, estimant que l'expertise n'a pas de valeur probante, car l'expert retient des diagnostics sans indiquer s'ils ont un effet sur la capacité de travail, se base essentiellement sur des facteurs non médicaux pour reconnaître une incapacité de travail totale dans toute activité, soit l'âge et l'absence de formation. Sans être psychiatre, et il a tenu compte d'un trouble de l'adaptation, qui n'est d'ailleurs pas incapacitant, pour fonder l'incapacité de travail.

E. 27

Le Tribunal a sollicité de la SUVA sa détermination suite à l'opposition de l'assuré à sa décision et la transmission de tout document médical postérieur à l'expertise du Dr N_____. Il a également demandé à l'expert de préciser la capacité de travail dans une activité adaptée en faisant abstraction des éléments non strictement médicaux retenus (âge du patient, formation, échec de la réadaptation, marché du travail).

E. 28

Par pli du 21 juin 2010, l'expert a précisé qu'indépendamment de tout autre facteur, les limitations fonctionnelles de l'assuré ne permettent aucune activité lucrative, hormis dans un atelier protégé.

E. 29

Par pli du 30 juin 2010, la SUVA a indiqué que le dossier était en cours d'instruction, aucune décision sur opposition n'ayant encore été rédigée.

E. 30

Un délai a été imparti aux parties pour se déterminer.

Par pli du 11 août 2010, le conseil de l'assuré fait valoir que les conclusions de l'expert sont convaincantes, l'exploitation d'une capacité de travail résiduelle paraissant bien improbable lorsque l'on peut ni tenir assis correctement, ni se tenir debout adéquatement plus de cinq minutes, ni marcher sans canne ni attelle et que l'on souffre pour le surplus d'une impotence de l'épaule gauche. Les conclusions de l'expert ont effectivement prévu que le monde du travail n'offrirait aucune place de travail susceptible de s'accommoder de l'ensemble des limitations dont souffrait l'assuré, son âge et les troubles de l'adaptation n'arrangeant pas la situation, mais des éléments non médicaux ne peuvent pas diminuer une capacité de travail déjà

- 13/18-

A/4364/2009 nulle en raison des handicaps évoqués. Ainsi, la mise en œuvre d'une expertise complémentaire, notamment psychiatrique, n'est pas nécessaire.

Par pli du 16 août 2010, l'OAI maintient ses conclusions, sur la base de l'avis de la Dresse P_____, du SMR, du 4 août 2010, et persiste à dire que l'expert n'a pas expliqué les raisons qui lui font retenir une incapacité de travail totale dans toute activité.

E. 31

Par arrêt du 27 septembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales (la Chambres des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1er janvier 2011) admet le recours, annule la décision du 13 novembre 2009 et dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mai 2008.

E. 32

Par arrêt du 23 août 2011, le Tribunal Fédéral annule l'arrêt précité et renvoie la cause pour instruction complémentaire. En substance, il reproche à la juridiction cantonale d'avoir reconnu à l'expertise du Dr R_____ une valeur probante et de ne pas avoir suffisamment instruit la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée postérieurement à la stabilisation de l'état de santé en février 2008.

E. 33

Par ordonnance d'expertise du 2 novembre 2011, la Cour de céans a mandaté le Dr S_____, spécialiste en chirurgie orthopédique auprès de l'Hôpital cantonal.

E. 34

Après de nombreux courriers de relance à l'expert, il s'est avéré que ce dernier avait confié l'expertise au Dr T_____, médecin interne.

E. 35

Le rapport d'expertise du 18 mars 2013 signé par le Dr S_____ est fondé exclusivement sur l'ordonnance d'expertise. Elle contient un status détaillé puis une brève discussion qui relève les douleurs mentionnées par l'assuré et conclut "en tenant compte de ces divers éléments, y compris l'examen clinique, que le pronostic paraît sombre quant à une reprise d'une activité professionnelle, le patient présentant une incapacité totale de travail".

E. 36

La Cour a prié le Dr S_____ d'indiquer, d'une part, si l'expertise se fondait sur le dossier remis par la Cour et notamment les radiographies et, d'autre part, de répondre aux questions posées par l'ordonnance d'expertise. Le complément d'expertise du 12 avril 2013 indique que les deux médecins experts n'ont eu en mains ni le dossier de la Cour de justice contenant l'ensemble des rapports médicaux, ni les radiographies transmises par la Cour de justice. Il fait la liste des diagnostics retenus, indique, sur la base de l'anamnèse, que l'état de santé de l'assuré s'est péjoré depuis février 2008 (intensité des douleurs, fatigabilité, augmentation des antalgiques). L'ensemble des limitations fonctionnelles retenues

- 14/18-

A/4364/2009 sont fondées sur les déclarations du patient. S'agissant des avis des autres médecins, l'expert indique que le Dr R_____ s'est laissé déborder par son appréciation subjective de la situation du patient mais il partage son point de vue selon lequel la situation de l'assuré ne relève pas uniquement de la sphère musculo-squelettique. L'expert relève également que les limitations de la mobilité articulaire de la cheville, du genou et de l'épaule du Dr R_____ sont comparables à celles mesurées par les experts. Il ne se prononce pas quant aux conclusions des Drs O_____ et N_____, qui datent d'il y a plus de cinq ans et ajoute que dans le cas de l'assuré, il existe un manque de concordance troublante entre les constatations objectives et l'intensité des plaintes ou des manifestations subjectives du patient, mais il est délicat de questionner la véracité de l'intensité de la symptomatologie douloureuse du patient, car les séquelles d'une algoneurodystrophie peuvent être fluctuantes en intensité, récurrentes et influencées par la thymie du patient. Il persiste à indiquer qu'une expertise psychiatrique devrait être ordonnée. En conclusion, du seul point de vue orthopédique, il est quasi impossible d'exiger du patient l'exercice d'une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles actuelles.

E. 37

La Cour a à nouveau réuni le dossier de l'OAI et celui de l'assuré et a obtenu de la CRR le CD-Rom des radiographies effectuées vraisemblablement en 2007 et, des HUG le CD-Rom des imageries effectuées en 2012 semble-t-il, mais il n'a pas été possible de retrouver celles faites à la demande de l'expert R_____, en 2010.

E. 38

L'assuré a confirmé, le 23 avril 2013, qu'il n'avait jamais eu de suivi psychiatrique.

Attendu en droit que jusqu'au 31 décembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales le Tribunal était compétent en la matière (art.56 V de la loi sur l'organisation judiciaire; LOJ - RS E 2 05); Que, dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26

septembre 2010). Que la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce ; Que le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA) ;

- 15/18-

A/4364/2009 Que le Tribunal fédéral a ordonné à la juridiction cantonale de mettre en œuvre une nouvelle expertise, estimant que la première n'était pas probante; Que la seconde ne l'est pas non plus dès lors qu'elle ne tient pas compte ni des imageries, ni d'aucun rapport médical au dossier; Qu'il convient donc d'ordonner une troisième expertise afin de déterminer si le droit de l'assuré à une rente d'invalidité a subi une modification notable au sens de l'art 17 LPGA, laquelle sera confiée au Dr U _____, médecin adjoint au CHUV, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie; Que les parties ont confirmé n'avoir aucune cause de récusation à faire valoir contre l'expert désigné; ***

- 16/18-

A/4364/2009

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise orthopédique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur G _____, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin et en procédant au besoin à des examens radiologiques; 2. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse. 2. Données subjectives de la personne. 3. Constatations objectives. 4. Dire s'il y a concordance entre les constatations objectives et les plaintes et/ou manifestations subjectives du recourant. 5. Diagnostic(s). 6. Conséquences sur la capacité de travail en tant que monteur sanitaire- plombier : a) Mentionner pour chaque diagnostic, puis globalement, les limitations fonctionnelles. b) Mentionner pour chaque diagnostic posé, puis globalement, les conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pour-cent. c) Dater la survenance de l'incapacité de travail durable en tant que monteur sanitaire-plombier, le cas échéant. 7. Dire si l'état de santé est stabilisé depuis février 2008. 8. Dire si l'état de santé s'est amélioré depuis février 2008. 9. Conséquences sur la capacité de travail dans une activité adaptée, après stabilisation de l'état de santé:

- 17/18-

A/4364/2009 a) Déterminer dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles retenues est exigible du recourant. b) Dans l'affirmative, à quel taux d'activité et dans quel domaine. c) Précisez si l'assuré a besoin de faire des pauses supplémentaires, puis déterminer, en tenant compte de l'ensemble des limitations, la capacité de travail en termes de rendement. d) Préciser, le cas échéant, quelles sont les limitations fonctionnelles qui empêchent ou limitent l'exercice d'une activité adaptée. e) Préciser comment le degré d'incapacité de travail a évolué dans le temps. 10. Dire si l'assuré souffre d'atteintes à la santé qui ne ressortent pas de votre spécialité et susceptibles de diminuer sa capacité de travail dans une activité adaptée. 11. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle, en commentant le cas échéant les résultats du stage effectué en octobre 2008. 12. Expliquer précisément pourquoi vous partagez ou vous vous écarterez de l'avis: a) du Dr R _____; b) du Dr V _____; c) du Dr N _____; d) éventuellement des Dr S _____ et T _____; 13. Pronostic. 14. Toute remarque utile

et proposition de l'expert. 3. Commet à ces fins le Dr U_____, médecin adjoint au CHUV, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie; 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ;

- 18/18-

A/4364/2009 5. Réserve le fond ;

La greffière

Irene PONCET

La Présidente

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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