

GE_GERICHTE A/3590/2010 vom 4. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3590_2010

FR: GE_GERICHTE A/3590/2010 du 4 mai 2012

IT: GE_GERICHTE A/3590/2010 del 4 maggio 2012

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur N_____, domicilié à Thônex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MAUGUE Eric recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13 intimé Monsieur N_____, né en 1968, au bénéfice d'une formation de confiseur-pâtissier-glacier, a déposé en date du 19 novembre 1986 une première demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après : OAI), visant l'octroi de mesures professionnelles suite à un accident de moto survenu le 13 septembre 1986 et ayant eu pour conséquences une fracture de D12 et une paraplégie complète de niveau L1. Plusieurs mesures lui ont été accordées, de sorte qu'il a pu mener à bien une formation en informatique et obtenir un brevet fédéral d'informatique de gestion en 1996. A la suite de quoi, l'assuré a travaillé en tant qu'informaticien de gestion. Une procédure de « révision » de son dossier a été ouverte en juillet 2007, bien qu'il soit apparu que l'assuré ne percevait pas de rente d'invalidité (cf. note de travail de l'OAI, pce 102). Répondant au questionnaire qui lui avait été adressé dans ce cadre, l'assuré, en date du 15 août 2007, a indiqué que son état de santé était resté le même tout en signalant souffrir régulièrement de douleurs dorsales au niveau D10-D12 (pce 101 OAI). Le 18 novembre 2008, l'assuré a informé l'OAI que son état de santé s'était aggravé au point qu'il lui était difficile de conserver son activité professionnelle. Il a produit un certificat d'arrêt de travail de 100 % à compter du 10 novembre 2008 (pce 104 OAI). Son médecin traitant, le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie, a indiqué dans un rapport du 8 décembre 2008 que l'état de santé de son patient s'était effectivement aggravé. Il a expliqué qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics mais que les douleurs dorsales dont se plaignait l'assuré avaient augmenté depuis le 28 octobre 2008. S'y ajoutaient des infections urinaires à répétition. Le médecin a précisé que l'assuré rencontrait des difficultés à rester assis, ce qui avait entraîné une incapacité totale de travail dans l'activité d'informaticien depuis le 10 novembre 2008 (pce 108 OAI). Du questionnaire rempli le 6 janvier 2009 par la société X_____, employeur de l'assuré, il ressort que l'intéressé a travaillé du 1er août 2000 au 31 octobre 2008, à raison de 40 heures par semaine, que son contrat a été résilié par son employeur le 31 octobre 2008 pour des raisons personnelles, et que le gain réalisé en 2007 avait été de 93'357 fr. 70 compte tenu de la gratification annuelle (pce 113 OAI). Le 25 mai 2009, le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie, a avisé l'OAI du fait que l'assuré avait chuté en date du 8 avril 2009 et s'était fracturé le fémur gauche. Le 7 juillet 2009, le Dr C_____, médecin examinateur au SMR et spécialiste FMH en médecine physique, rééducation et rhumatologie, a procédé à l'examen de l'assuré. Dans son rapport consécutif du 10 août 2009, le Dr C_____ a retenu les diagnostics suivants : fracture pertrochantérienne gauche consolidation en cours, dorsalgies chroniques de type mécanique

dans un contexte de discarthrose modérée D10-D11, status post spondylodèse D11 à L2, paraplégie post traumatique du dernier niveau sain L1 de stade I, vessie et intestin neurogènes de type périphérique. De l'anamnèse, il ressort que c'est suite à une première chute, survenue fin octobre 2008, que l'assuré a commencé à souffrir de dorsalgies persistantes l'empêchant désormais, selon ses dires, de travailler plus deux heures sur ordinateur et de sortir plus d'une heure en fauteuil roulant. Une deuxième chute est survenue en avril 2009. En conséquence de l'atteinte médullaire post traumatique de 1986, l'assuré doit vider sa vessie en appuyant sur son abdomen une dizaine de fois par jour et faire une exonération de son intestin une fois par jour. Il souffre également d'incontinence fécale et, cinq fois par an environ, d'infections urinaires nécessitant une médication deux jours durant. A titre de limitations fonctionnelles, le Dr C _____ a retenu l'impossibilité de rester assis en position statique plus d'une heure, d'adopter une position fléchie du tronc, de porter des charges de plus de 2 à 3 kg sur les genoux ou encore de pouvoir s'exposer aux vibrations, la nécessité de pouvoir accéder au poste de travail en fauteuil roulant et de disposer d'une place de parking à proximité, ainsi que de toilettes adaptées au passage du fauteuil roulant également. Le Dr C _____ a conclu à une totale incapacité de travail, motivée par les dorsalgies sur décompensation d'une discarthrose dorsale et ce, depuis le 10 novembre 2008. Il a émis l'avis que, depuis lors, la situation était restée stationnaire jusqu'à ce qu'elle se complique, en avril 2009, d'une fracture pertrochantérienne gauche. Le cas n'était pas stabilisé, la fracture étant en voie de consolidation selon les dernières radiographies pratiquées en juin 2009. Le médecin a préconisé de réévaluer la situation en octobre 2009. En effet, à six mois de la fracture du fémur, l'assuré pourrait reprendre ses transferts dans son véhicule et retrouver une indépendance en fauteuil roulant. Le facteur limitant la reprise serait alors la discarthrose modérée au niveau dorsal, au-dessus du matériel d'ostéosynthèse dont le Dr C _____ a estimé qu'elle permettrait néanmoins d'exiger de l'assuré qu'il exerçât son activité habituelle à raison de deux fois trois heures par jour. Le Dr C _____ a justifié sa position par l'absence de syndrome rachidien dorsal conséquent et le fait que l'assuré lui-même admettait une tolérance à la station assise de deux heures et une capacité à se mobiliser avec son fauteuil en extérieur d'une heure. Enfin, il a suggéré une consultation spécialisée de paraplégiologie pour prévenir une décompensation de la fonction rénale mais également pour préserver l'indépendance de l'assuré en fauteuil roulant (pce 138 OAI). Le 20 novembre 2009, le Dr B _____ a qualifié l'état de son patient de stationnaire hormis la fracture et les douleurs consécutives. Le médecin a conclu à nouveau à une totale incapacité depuis le 10 novembre 2008, malgré une compliance optimale, tout en indiquant qu'une reprise du travail serait envisageable ultérieurement, sans pouvoir fixer une date. Le médecin a encore précisé que, depuis le 2 novembre 2009, son patient avait retrouvé son indépendance en fauteuil roulant et pouvait à nouveau conduire un véhicule adapté à son état de santé. Le Dr C _____ a quant à lui répété qu'une fois la fracture per-trochantérienne consolidée, l'incapacité de travail devrait être évaluée à 30%, eu égard aux dorsalgies sur discarthroses modérées. Il a malgré tout préconisé d'en obtenir confirmation auprès du Dr D _____, médecin adjoint au service de rééducation des HUG. En février 2010, ce dernier a confirmé les diagnostics déjà connus et précisé que le patient se plaignait de douleurs dorsales en barre, au niveau du matériel d'ostéosynthèse vertébrale dont une des tiges était rompue, avec discarthrose modérée en D10-D11 et que ces douleurs l'amenaient à rester très souvent alité, malgré un traitement antalgique. Le bilan des fonctions rénales avait montré une stase à pyélo-calicielle bilatérale et une diminution

de la fonction rénale, avec infection urinaire récidivante survenant environ tous les deux mois. Le status neurologique était stable et définitif, mais le status urinaire risquait d'évoluer vers une aggravation des fonctions rénales. Le Dr D _____ a préconisé une consultation chez un spécialiste du rachis et des urologues, afin de déterminer s'il ne serait pas possible d'améliorer le status urinaire. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail, eu égard au fait que le patient devait rester alité une grande partie de la journée. A son rapport, il a joint copie d'un rapport urodynamique du 16 septembre 2009, d'une clairance et d'un néphrogramme du 30 septembre 2009. Le dossier a alors été soumis une nouvelle fois au Dr C _____ qui, le 9 juin 2010, a émis l'avis que l'information selon laquelle l'assuré devait rester alité une grande partie de la journée du fait de ses douleurs dorsales était inexacte au vu du descriptif de la vie quotidienne donné par l'intéressé et rapporté dans le rapport d'examen de juillet 2009 et de l'indépendance décrite par le Dr B _____. Pour le surplus, le médecin a relevé que, sur le plan urinaire, l'état de l'assuré ne justifiait pas d'incapacité de travail vu l'absence d'infections urinaires hautes à répétition, la dernière pyélonéphrite datant de juin 2006. En conséquence de quoi le Dr C _____ a estimé qu'il y avait lieu de considérer l'état de santé de l'assuré comme amélioré à partir de novembre 2009, date de la consolidation de la fracture per-trochantérienne. Depuis lors, il a conclu, comme précédemment, à une exigibilité de deux fois trois heures par jour dans l'activité habituelle d'informaticien de gestion, une pause d'une heure à midi permettant à l'assuré de se reposer et de diminuer la tension au niveau de son dos (pce 155 OAI). Le 2 juillet 2010, un projet de décision a été adressé à l'assuré dont il ressortait que l'OAI se proposait de rejeter sa demande. Le 5 juillet 2010, l'assuré s'y est opposé en faisant valoir que son état s'était aggravé puisqu'il souffrait désormais de douleurs dorsales violentes, d'une pression augmentée dans la vessie, d'infections urinaires à répétition, de fuites urinaires importantes dues à la pression, d'une pression artérielle importante, d'une fracture de la jambe gauche et d'une paraplégie complète de niveau D12. Le 19 juillet 2010, l'assuré a une fois de plus marqué sa désapprobation avec le projet qui lui avait été communiqué, en expliquant de manière plus approfondie que les douleurs dorsales ressenties au niveau D12 s'amplifiaient malgré la prise d'antalgiques trois fois par jour. Il ajoutait que ce médicament provoquait en outre des somnolences et des pertes de concentration importantes et que son médecin envisageait de lui administrer un dérivé de morphine. Le Dr E _____, du SMR, a émis en date du 31 août 2010 l'avis qu'il n'y avait pas d'élément médical objectif nouveau plaidant en faveur d'une aggravation. Il a relevé que le 20 novembre 2009, le Dr B _____ avait attesté de la récupération de l'indépendance antérieure de mobilité en fauteuil et voiture adaptée dès le 2 novembre 2009. Par décision du 29 septembre 2010 l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) a nié à l'assuré le droit à toute prestation. L'OAI s'est référé à l'avis de son Service médical régional (SMR), lequel a conclu en date du 9 juin 2010 que si une aggravation de l'état de l'assuré était certes démontrée et justifiée au plan médical, l'incapacité totale de gain et de travail qui en avait découlé s'était limitée à la période du 10 novembre 2008 au 31 octobre 2009. Dès novembre 2009, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré au point qu'il avait recouvert une capacité résiduelle de travail de 75 % dans son activité habituelle. En conséquence de quoi, l'OAI a conclu à un degré d'invalidité de 25%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Par écriture du 22 octobre 2010, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - en expliquant que, paraplégique, il travaille à plein temps depuis 1997, mais qu'il souffre de douleurs dorsales

de plus en plus violentes, ainsi que de problèmes vésicaux à répétition. L'assuré invoque à l'appui de sa position un rapport établi par le CENTRE DE PARAPLÉGIQUES DE BEAU-SEJOUR le 12 février 2010 et reproche à l'intimé de n'en avoir pas tenu compte. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 18 novembre 2010, a conclu au rejet du recours. A l'appui de sa position, il invoque l'avis émis le 9 novembre 2010 par le Dr E _____, médecin auprès du SMR, selon qui les derniers documents produits ne permettent pas de conclure à une aggravation par rapport à la situation telle qu'elle se présentait lors de l'examen pratiqué le 17 juillet 2009. Le Dr E _____ considère que les Drs B _____, et D _____, spécialiste en neuro-rééducation, ont simplement une appréciation différente de la situation puisqu'il n'y a ni élément objectif justifiant la nécessité d'un alitement, ni indices permettant de conclure à une incapacité en raison de l'affection urologique. Le 19 janvier 2011, le recourant a produit un nouveau rapport rédigé par le Dr F _____, médecin adjoint auprès du service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) le 22 décembre 2010. Il en ressort que des radiographies effectuées en octobre 2010 ont montré un status post-fixation fusion D11-L1 avec une attitude vicieuse en cyphose avec une fracture de la tige du côté gauche. Le médecin dit avoir constaté l'absence de douleurs à la palpation du matériel d'ostéosynthèse. Il relate que le patient décrit des douleurs se situant un peu plus bas par rapport à la cicatrice. Au vu des radiographies - qui ont montré une discopathie L1-L2 sous forme de tassement discal et becs ostéophytaires - le médecin émet l'hypothèse que cette discopathie pourrait être à l'origine des douleurs et préconise un traitement conservateur chez un ostéopathe, voire une infiltration articulaire L1-L2. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 27 janvier 2011. Le recourant a expliqué que, loin de s'améliorer, son état s'est au contraire aggravé puisque désormais, il passe 15 à 20 heures par jour alité. Par ailleurs, d'autres problèmes de santé, au niveau de la vessie, ont été mis en évidence, dont le recourant craint qu'ils ne posent problème par la suite. Par écriture du 8 février 2011, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se référant à un nouvel avis du Dr E _____, lequel a estimé, après avoir étudié le dossier de l'assuré en compagnie du Dr C _____, rhumatologue auprès du SMR et ancien chef de clinique en paraplégiologie, que les troubles dégénératifs de la colonne dorsale et lombaire consécutifs à la paraplégie étaient sans signe de gravité et ne nécessitaient pas d'intervention. D'après les médecins du SMR, ni les altérations lombaires décrites ni les rapports des examens uro-dynamiques et de la fonction rénale ne parlent en faveur de limitations fonctionnelles supplémentaires à celles retenues par le Dr C _____ en juillet 2009. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 24 mars 2011 au cours de laquelle a été entendu le Dr B _____, spécialiste FMH en chirurgie. Le témoin - qui suit l'assuré depuis janvier 2009 - a confirmé que ce dernier avait retrouvé une indépendance en fauteuil roulant et pour la conduite de son véhicule adapté. Selon le médecin, il est néanmoins clair que l'assuré n'a pas retrouvé pour autant une capacité de travail puisqu'il ne se lève que vers 11h. du matin et se recouche vers 18h. déjà. Le témoin a expliqué que cet alitement se justifiait par l'augmentation des douleurs, certes subjectives, mais évaluées à 6-7 sur 10 et corroborées par l'augmentation du nombre de consultations devenues bimensuelles et non plus seulement mensuelles. Le témoin a émis l'hypothèse que la fracture du matériel d'ostéosynthèse joue un rôle dans cette augmentation des douleurs et s'est référé à l'avis du Dr F _____ quant à savoir si l'ablation du matériel - une opération lourde - serait susceptible d'améliorer la situation. Le Dr B _____ a ajouté qu'il était également possible que se soit produit un tassement de la colonne. Plusieurs analgésiques ont été

testés. Celui qui marche le mieux est le TORADOL, mais il nécessite un pansement gastrique pour protéger la muqueuse. Qui plus est, il a des effets sur la vigilance qui, selon le témoin, influent sur l'activité d'informaticien. Dans ces conditions, le témoin a émis l'avis qu'à terme, il faudrait envisager une infiltration sous CT-SCAN de la zone sensible, voire une prise de morphine, eu égard à l'importance des douleurs invalidantes. Le Dr B _____ a exprimé l'opinion qu'il était pour le moment difficile d'envisager l'exercice d'une activité lucrative, même à raison de quelques heures par jour puisque l'assuré ne peut rester plus de deux heures en position assise. Le Dr B _____ a également fait état d'un problème urologique important : des infections urinaires à répétition, qui, bien qu'elles puissent être jugulées dans les trois jours sous médication, posent problème en ce sens que le rein risque d'être atteint, à terme. D'ailleurs, une hypertension essentielle est présente depuis août 2009. Enfin, il a ajouté que les dernières radios du rachis-lombaire avaient montré des signes d'arthrose qui n'existaient pas auparavant. Le Dr F _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a été entendu à son tour le 5 mai 2011. Il a expliqué avoir reçu l'assuré en consultation en décembre 2010, à la demande de la Dresse D _____, avec pour objectif de déterminer l'origine de la recrudescence des douleurs à une telle distance de l'accident. Les radiographies pratiquées ont clairement montré que les endroits de la colonne à proximité de l'opération étaient usés précocement. Selon le témoin, c'est cette usure précoce qui est à l'origine des douleurs plutôt que l'implant, dont la Dresse D _____ a constaté qu'il s'était cassé : en effet, à la palpation, l'endroit reste indolore. L'usure constatée s'explique selon le témoin par le fait que la statique de la colonne de l'assuré a été modifiée par l'accident : l'alignement est inversé. Le médecin a émis l'avis qu'un traitement d'ostéopathie pourrait peut-être atténuer les douleurs, étant précisé que les neuf séances déjà subies par le patient n'avaient cependant amené aucune amélioration. Dans ces circonstances, le témoin a souligné que la position assise n'était bien évidemment pas conseillée et qu'elle pouvait, si elle était conservée longtemps, péjorer les douleurs. Quant à savoir combien de temps le patient pourrait rester assis sans cette crainte, le témoin a indiqué ne pouvoir répondre. Il a néanmoins admis qu'un alitement de 20 heures par jour paraissait exagéré ; selon lui, il suffirait à l'assuré de s'aliter à plusieurs reprises dans la journée, durant une demi-heure à une heure, pour soulager les douleurs. Le témoin a confirmé par ailleurs que le TORADOL, est susceptible d'influencer les capacités de concentration. La Dresse D _____, entendue le même jour, spécialiste en rééducation fonctionnelle et en paraplégiologie au bénéfice d'une expérience de près de trente ans auprès des paraplégiques, a indiqué que, dans 50% des cas, des douleurs apparaissent, qui peuvent notamment être d'origine statique - c'est-à-dire consécutives à la rigidité de la colonne vertébrale. On observe également fréquemment une accélération du vieillissement au niveau ostéo-articulaire. Dans le cas présent, l'assuré lui a fait part de la péjoration de ses douleurs lorsqu'il est revenu à la consultation en octobre 2009. Le médecin a confirmé qu'il peut arriver à l'assuré de devoir rester alité près de 20 heures par jour. Selon la Dresse D _____, la rupture du matériel d'implant en elle-même n'explique pas les douleurs mais elle témoigne en revanche de l'importante rigidification de la colonne qui, elle, a pour conséquence que la flexion, contrairement à ce qui est le cas normalement, doit se faire plus haut, ce qui a pu entraîner l'apparition de discarthrose et de douleurs. Tous comme les témoins précédents, le médecin a confirmé que le TORADOL pris à fortes doses - comme chez l'assuré - peut avoir une conséquence sur ces capacités de concentration. Sur le plan urologique, la Dresse D _____ a expliqué que la paraplégie a eu pour conséquence le non-fonctionnement

de la vessie, que celle-ci s'est rigidifiée et que cela a entraîné une augmentation de la pression pouvant avoir un retentissement fonctionnel sur les reins eux-mêmes. S'y ajoutent des infections urinaires à répétitions encore aggravées par une prostatite chronique. Cela a d'ailleurs déjà dégénéré par le passé en une pyélonéphrite aigue ayant nécessité une hospitalisation en juin 2006. Tant les infections à répétitions que l'insuffisance rénale se traduisent par une fatigabilité accrue. S'y ajoute la nécessité d'un appareillage et de vidanges régulières. Dans ces circonstances, la Dresse D _____ a émis l'avis que son patient est dans l'incapacité totale de travailler. Dans ses écritures après enquêtes du 3 juin 2011, l'assuré a persisté dans ses conclusions en demandant, subsidiairement que soit mise sur pied une expertise. Quant à l'intimé, il a également persisté dans ses conclusions. Il se réfère à l'avis émis par le Dr E _____, du SMR, qui relève que les limitations fonctionnelles de l'appareil locomoteur évoquées par les Drs B _____, D _____ et F _____ ne vont pas au-delà de celles retenues par le Dr C _____ le 17 juillet 2009 (limitation de la position assise statique à une heure, pas de position prolongée en flexion du tronc, pas de port de charges de plus de 2-3 kg, pas d'exposition aux vibrations, nécessité d'accéder à une place de parking et à des toilettes adaptées). Le Dr E _____ en tire la conclusion qu'il n'y a pas d'argument objectif en défaveur d'une capacité de travail de deux fois trois heures par jour. Concernant le problème urologique, il soutient que la fatigabilité accrue occasionnée par la diminution de la fonction rénale n'est pas étayée par les constats des néphrogrammes pratiqués en septembre 2009 et octobre 2010, qui ont montré une perfusion, un transit et une filtration glomérulaire dans les limites de la norme et des valeurs normales de clairance. Il ajoute qu'une insuffisance rénale à effet incapacitant constituerait une contre-indication au traitement inflammatoire administré. Quant aux infections urinaires à répétition motivant un traitement antibiotique de deux jours cinq fois par année, elles ne justifient pas en elles-mêmes une incapacité de travail durable. Enfin, les difficultés de concentration et des troubles du sommeil ont déjà été évoqués lors de l'examen du 17 juillet 2009, mais il est apparu, d'après la description des activités de la vie quotidienne, qu'ils étaient sans répercussion sur celle-ci. Le médecin en tire la conclusion qu'elles ne constituent pas un élément aggravant susceptible de modifier les conclusions précédentes du SMR. Informées par la Cour de céans de ce que cette dernière envisageait d'ordonner une expertise judiciaire, les parties se sont vu accorder un délai pour déposer la liste des questions qu'elles souhaitaient voir poser aux experts (rhumatologue et neurologue) et suggérer ceux auxquels pourrait être confié ce mandat, étant précisé qu'il serait utile qu'ils soient spécialisés en paraplégie. L'intimée a suggéré de poser "les questions habituelles" et de s'adresser au BREM ou au COMAI, en précisant que le Dr C _____ était spécialiste en paraplégologie. Quant au recourant, il a suggéré de s'adresser au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) ou au Centre d'expertise médicale des Établissements publics pour l'intégration (EPI) de Genève. Il s'est en revanche opposé à ce que soit désigné le Dr C _____, dont il a fait remarquer qu'il s'était déjà prononcé sur son cas. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Depuis le 1^{er} 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). La LPGA s'applique par conséquent au cas d'espèce. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Interjeté dans les forme et délai prescrits par les art. 60ss LPGA, le recours est recevable. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé à l'assuré l'octroi de prestations suite à sa demande du 18 novembre 2008. En effet, force est de constater que l'on ne se trouve pas en procédure de « révision » de rente puisque l'assuré n'a bénéficié que de mesures professionnelles et de moyens auxiliaires et que, précédemment, il a disposé d'une capacité de travail pleine et entière. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le

juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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 et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). En l'espèce, la Cour de céans considère qu'une expertise judiciaire se justifie. En effet, les conclusions du Dr C _____ apparaissent contradictoires : il conclut que l'assuré est capable d'exercer son activité habituelle d'informaticien à raison de deux fois trois heures par jour à compter de novembre 2009 - date à laquelle la fracture du fémur s'est consolidée - alors même que, de novembre 2008 à avril 2009, il a admis une totale incapacité de travail sur la base des mêmes dorsolombalgies que celles constatées pour la période postérieure. Qui plus est, la conclusion selon laquelle l'assuré serait apte à exercer à 75% une activité d'informaticien - s'exerçant en position assise - apparaît étonnante dans la mesure où ils ont pourtant admis au nombre des limitations fonctionnelles le fait de ne pouvoir rester en position assise plus d'une heure. La Cour s'interroge également sur l'alitement prolongé (20h./jour) allégué par le recourant dont le Dr F _____ a admis qu'il paraissait exagéré alors que les Drs D _____ et B _____ semblent le trouver justifié au vu des circonstances. Le Dr D _____ a certes expliqué que l'importante rigidification de la colonne avait eu pour conséquence un déplacement vers le haut de la flexion et que cela avait pu entraîner l'apparition de discarthrose et de douleurs. Elle admet cependant que la discarthrose en question doit être qualifiée de modérée - ainsi que l'avait conclu le Dr C _____ -, de sorte que l'on peine à comprendre l'ampleur des douleurs et de l'alitement alléguée. Dans ces circonstances, une expertise bidisciplinaire apparaît nécessaire, également pour déterminer s'il existe des raisons objectives à l'alitement dont l'assuré affirme qu'il est nécessaire et à l'incapacité de travail qui en découle. Il conviendra également de vérifier si le ralentissement rénal a effectivement pour conséquence un accroissement de la fatigabilité et si celui-ci peut être évalué. En application de l'art. 39 de la loi sur la procédure administrative (LPA), un délai de 10 jours sera accordé aux parties pour faire valoir leurs éventuels motifs de récusation à l'encontre des experts désignés. Ensuite de quoi la présente ordonnance sera communiquée à ces derniers. *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement Ordonne une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et neurologique; Commet à ces fins le Dr G _____ au CHUV pour le volet rhumatologique et la Dresse H _____, service de neuro-réhabilitation Hôpital CHUV, pour le volet neurologique; Charge les experts de répondre aux questions suivantes après avoir examiné et entendu Monsieur N _____, s'être entourés de tous les éléments utiles, avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que de celui de la présente procédure et s'être entouré, au besoin, de l'avis de tiers : Anamnèse. Plaintes et données subjectives. Statut clinique. Constatations objectives. Diagnostic(s). Appréciation du cas répondant aux questions suivantes : Quelle est la signification de la rupture du matériel d'implant ? Est-elle à l'origine d'une importante

rigidification de la colonne avec pour conséquence l'apparition d'une discarthrose et de douleurs ? Les prescriptions médicamenteuses (entre autres celle du Toradol) sont-elles adéquates ? Ont-elles des incidences sur la capacité de concentration ? Si oui, de quelle ampleur (en termes de baisse de rendement) ? Quelles sont selon vous les conséquences des infections urinaires à répétition et de l'insuffisance rénale en termes de fatigabilité et de rendement ? Est-il exact que les néphrogrammes pratiqués en septembre 2009 et octobre 2010 aient montré une perfusion, un transit et une filtration glomérulaire dans les limites de la norme et des valeurs normales de clairance ne permettant pas d'étayer une fatigabilité accrue ? Est-il exigible de l'assuré qu'il continue à exercer son activité d'informaticien et à quel taux (indiquer quelles sont les répercussions des atteintes à la santé de l'expertisé sur sa capacité de travail en pourcent) ? Doit-on s'attendre à une diminution du rendement et, dans l'affirmative, de quelle importance, en pourcent ? En particulier, combien de temps l'assuré peut-il rester objectivement assis ? Un alitement d'une vingtaine d'heures par jour est-il objectivement justifié par la situation ? Une autre activité serait-elle plus adaptée ? En quoi devrait-elle consister (limitations fonctionnelles) ? A quel taux serait-elle exigible ? Doit-on s'attendre à une diminution du rendement et, dans l'affirmative, de quelle importance, en pourcent ? Comment a évolué la capacité de travail de l'expertisé depuis novembre 2008 ? La capacité de travail pourrait-elle être améliorée par des mesures médicales et dans l'affirmative, lesquelles ? Quelles seraient à votre avis les chances de succès d'une réadaptation professionnelle ? Quel est votre pronostic ? Avez-vous des remarques ou propositions ? Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. Fixe aux parties un délai de 10 jours dès réception de la présente pour une éventuelle récusation des experts nommés ; Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; Réserve le fond ; La greffière Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK 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.