

## **GE\_GERICHTE A/620/2010 vom 28. April 2010**

GE Cour de justice, 2010-04-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_620\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_620_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/620/2010 du 28 avril 2010

IT: GE\_GERICHTE A/620/2010 del 28 aprile 2010

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 28.04.2010  
A/620/2010

A/620/2010 ATAS/454/2010 du 28.04.2010 ( AI ) , REJETE Recours TF déposé le 08.06.2010, rendu le 25.11.2010, REJETE, 9C\_486/2010 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/620/2010 ATAS/454/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 5 du 28 avril 2010 En la cause Monsieur S\_\_\_\_\_, domicilié à VERNIER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur S\_\_\_\_\_, (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1953 et d'origine italienne, est arrivé en Suisse en 1971. Il exerce la profession de chauffeur de taxi comme indépendant. En date du 10 novembre 2003, il a été victime d'un accident, lors duquel il a subi une fracture non déplacée du plateau tibial droit vers les épines tibiales. Les suites de l'accident ont été prises en charge par l'assureur perte de gain. Selon le courrier du 23 septembre 2004 adressé au Dr A\_\_\_\_\_ par le Dr B\_\_\_\_\_ spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, l'assuré présentait des séquelles douloureuses d'une fracture du plateau tibial interne. L'évolution radiologique montrait la persistance d'une discrète incongruence qui pourrait à terme conduire à la constitution d'une arthrose fémoro-tibiale interne. Le Dr B\_\_\_\_\_ l'a préconisé, à moyen terme, une éventuelle viscosupplémentation si l'évolution restait stationnaire et, à long terme, un traitement chirurgical de type prothétique. Dans son rapport d'expertise du 23 mai 2005, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics de fracture du plateau tibial interne droit, peu déplacée, avec petit arrachement au niveau de l'épine tibiale antéro-interne et d'instabilité modérée du ligament croisé antérieur. La capacité de travail était entière dans l'activité de chauffeur de taxi depuis son examen et même déjà depuis l'automne 2004, attendu que d'après l'anamnèse, la situation était stabilisée depuis cette période. L'assuré pouvait également exercer à 100%, et sans diminution de rendement, toute autre profession en position assise, avec la possibilité de se lever et de bouger de temps en temps. Les douleurs ne limitaient en effet pas la position assise et la conduite d'une voiture s'effectuait sans trop de problème. L'assuré disait être gêné uniquement lorsqu'il sortait de son taxi pour mettre les bagages dans le coffre. L'expert a estimé qu'à long terme, l'évolution vers une gonarthrose n'était pas exclue, mais qu'elle n'était pas prévisible pour l'instant. Il a enfin relevé avoir eu l'impression que la demande de l'assuré d'un « arrêt de travail à 50% » était motivée par une sensation d'injustice, estimant que la société lui était « redevable d'une compensation financière pour son accident » ; Dans son courrier du mois d'août 2006 adressé au conseil de l'assuré, le Dr B\_\_\_\_\_ a confirmé que son patient présentait actuellement une entière capacité de travail dans sa profession habituelle, attendu qu'elle était essentiellement exercée en position assise et nécessitait peu d'efforts avec le genou droit, hormis lorsqu'il devait

charger et décharger les bagages. De plus, l'examen radio-clinique ne permettait pas de retenir d'élément objectif susceptible d'expliquer ses plaintes actuelles. Il a estimé que la capacité de travail avait été de 50% jusqu'à la fin de l'année 2004 et de 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005, au vu des résultats d'une IRM pratiquée à l'époque, sur laquelle la fracture était encore visible. Il était probable que l'assuré développe progressivement une arthrose fémoro-tibiale interne concourant à l'aggravation des douleurs mécaniques et qu'un éventuel traitement chirurgical à moyen ou long terme soit à envisager (ostéotomie de valgisation versus prothèse totale selon la rapidité de l'évolution de l'arthrose). Il a enfin encouragé l'assuré à consulter un psychiatre, attendu qu'il n'avait pas fait le deuil de son accident, ce qui tendait à aggraver la situation ; Le 9 octobre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI ou l'intimé), actuellement OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, tendant à l'octroi d'une rente. Il a expliqué avoir été en totale incapacité de travail du 10 novembre 2003 au mois de février 2004 et de 50% depuis lors, en raison d'un accident de voiture. Avec sa demande, il a produit ses comptes de pertes et profits pour les années 2001 à 2005, desquels il ressort que le bénéfice net de son activité de taxi indépendant était de 38'621 fr. 60 en 2000, de 40'346 fr. 90 en 2001, de 35'117 fr. 90 en 2002, de 31'269 fr. 65 en 2003, de 17'036 fr. 75 en 2004 et de 20'547 fr. 55 en 2005. Par courrier du 13 octobre 2006 adressé au conseil de l'assuré, l'assureur perte de gain a confirmé qu'il versait des indemnités journalières pour la période du 3 septembre au 31 décembre 2004. Par rapport du 27 octobre 2006, le Dr A \_\_\_\_\_, généraliste, a retenu le diagnostic de fracture et d'arrachement de l'épine tibiale antérieure droite et une incapacité de travail totale du 10 novembre 2003 au 14 février 2004, de 50% jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2005, date de la dernière consultation et de 25% depuis lors. Il a estimé que l'activité de chauffeur de taxi était exigible à hauteur de cinq à six heures par jour, attendu que la diminution de rendement était de l'ordre de 20 à 40% d'après l'assuré. Les limitations fonctionnelles concernaient la position assise plus de six heures par jour, la position debout plus de deux heures par jour, la position à genoux ou accroupie, le parcours à pied de plus de 1000 mètres, le port de charges de plus de 15kg, l'horaire de travail irrégulier, le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Dans un rapport du 9 février 2007, le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics d'état dépressif majeur d'intensité sévère existant depuis 2003, d'état d'anxiété généralisée, de gonalgie chronique invalidante post-accident dès novembre 2003 et de lombalgie chronique. L'incapacité de travail était totale, mais l'assuré se forçait à travailler pour « survivre ». Le 16 mars 2007, le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué des crises de panique présentes depuis 2005 et un status post-accident de la circulation en novembre 2003. L'assuré présentait une totale incapacité de travail du 10 novembre 2003 au 10 février 2004 et de 50% depuis lors. Le médecin a constaté qu'il s'énervait facilement et avait des crises d'angoisse qui commençaient avec une impression d'oppression thoracique, une tachycardie, des difficultés respiratoires et une sensation de malaise imminent, ce qui le poussait de plus en plus à éviter les situations stressantes et donc à diminuer son temps de travail. L'assuré lui avait indiqué que, depuis son accident, il n'avait pas pu travailler à plus de 50%. Par rapport du 7 août 2007, le Dr B \_\_\_\_\_ a relevé avoir vu pour la dernière fois l'assuré en date du 17 août 2006 et a ainsi essentiellement rappelé le contenu de son rapport de l'époque. Il a retenu un status après fracture du plateau tibial interne droit, soit une gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante existant depuis le 10 novembre 2003

et une fracture du sacrum depuis 1987 (notion uniquement anamnesticque) et a déterminé que l'incapacité de travail était de 50% depuis le 15 février 2004, l'assuré ayant notamment déclaré ne pas pouvoir travailler à plus de 50%. Toutefois, le médecin a précisé que, conformément à son rapport d'août 2006, l'examen radio-clinique de l'époque ne mettait pas en exergue d'élément objectif confirmant les plaintes de l'assuré, de sorte qu'il ne pouvait pas justifier l'incapacité de travail de 50%. L'assuré était ainsi capable d'exercer sa profession habituelle, même s'il existait une symptomatologie douloureuse et si les efforts pour décharger les bagages pouvaient représenter une difficulté. Enfin, le médecin a également réitéré le fait qu'il avait incité l'assuré à voir un psychiatre. Dans un questionnaire pour les indépendants daté du 24 octobre 2007, l'assuré a signalé à l'OAI que le temps moyen hebdomadaire consacré à l'activité de chauffeur de taxi était de 45 à 50 heures avant son atteinte à la santé et de 25 à 30 heures après celle-ci, et qu'il n'était pas remplacé lorsqu'il ne pouvait plus conduire son véhicule. Il a notamment transmis ses avis de taxation 2001 à 2006, ainsi que son compte de pertes et profits pour l'année 2006, dont il résulte que son bénéfice était de 18'132 francs. Le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a été mandaté par l'OAI pour diligenter une expertise. Il a reçu l'assuré le 9 janvier 2008 et a rendu son rapport en date du 5 février 2008. Il a retenu les diagnostics de trouble panique épisodique paroxystique, de personnalité dépendante, de status après accident de voiture survenu en 2003, de gonalgies et lombalgies chroniques, diagnostics n'ayant cependant pas de répercussion sur la capacité de travail. Dans son appréciation, l'expert a indiqué que compte tenu de la manière dont l'assuré parlait de ses parents et du fait qu'il faisait les trajets plusieurs fois par année pour leur rendre visite, il présentait une personnalité dépendante, sans toutefois qu'elle soit pathologique en soi. Par ailleurs, l'assuré souffrait de palpitations, de douleurs thoraciques, de sensations d'étouffement et d'étourdissement, avec une peur de mourir. Ces symptômes ne duraient habituellement que quelques minutes et survenaient surtout lorsqu'il était dans son taxi, mais pas pendant ses vacances. Lors de l'entretien, l'assuré était également apparu à l'expert d'une humeur légèrement dépressive surtout lorsqu'il parlait de la mort de ses parents, toutefois, cela ne correspondait pas à un signe d'état dépressif. Le médecin a rapporté que l'assuré ne comprenait pas ce qui lui arrivait et qu'il disait se sentir mieux actuellement, étant allé voir un médecin qui lui avait donné des espoirs quant à la résolution de ses douleurs. L'assuré estimait que ses angoisses et douleurs étaient directement liées à l'accident qu'il avait subi et qu'il avait ainsi droit à une réparation financière. L'expert a conclu que, d'un point de vue psychiatrique, les angoisses ne semblaient pas être handicapantes au point de justifier une incapacité de travail de 50%. L'assuré présentait ainsi, d'après lui, une entière capacité de travail dans sa profession de chauffeur de taxi. Les limitations concernaient, d'un point de vue physique, ses douleurs à son genou droit qui l'empêchaient de marcher longtemps et, d'un point de vue psychique, ses angoisses étant précisé que l'assuré reconnaissait aller mieux. Par avis du 13 février 2008, la Dresse G \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle du 10 novembre 2003 au 9 février 2004, de 50% jusqu'au 31 décembre 2004 et entière depuis lors. Ses limitations fonctionnelles concernaient le port répété de charges et le déplacement sur terrain irrégulier et sur une longue distance. Sur demande de l'OAI, l'assuré a indiqué, par courrier du 20 octobre 2008, que son état de santé ne s'était pas amélioré à ce jour, de sorte que sa capacité de travail était toujours de 50% et qu'il était suivi par les Drs D \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_. Par ailleurs, il avait repris son activité de chauffeur de taxi indépendant à un taux de 50% depuis

le mois de février 2004 et avait perçu des revenus annuels de 18'132 fr. en 2006 et de 20'080 fr. 80 en 2007. En 2008, son revenu devrait avoisiner les 20'000 fr. comme en 2007. Il a notamment produit ses comptes de pertes et profits des années 2006 et 2007 et son avis de taxation 2007. Dans une note du 23 juillet 2009, un collaborateur de l'OAI a détaillé les revenus de l'assuré de 2000 à 2005 sur la base de son compte de pertes et profits et a déterminé son taux d'invalidité, lequel était de 58% durant l'année 2004. Cependant, dans la mesure où son droit à d'éventuelles prestations s'étendait uniquement de novembre à décembre 2004 et qu'il n'avait déposé sa demande de prestations qu'en octobre 2006, il n'avait pas droit à des prestations. Le 4 décembre 2009, l'OAI a signifié à l'assuré un projet lui niant le droit à une rente d'invalidité. Il a retenu que sa capacité de travail était nulle dès le 10 novembre 2003, de 50% dès le 10 février 2004 et entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005. A la fin du délai de carence, son degré d'invalidité était de 58%, degré lui ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité du 10 novembre au 31 décembre 2004. L'assuré n'ayant toutefois déposé sa demande de prestations qu'en octobre 2006, les prestations ne pouvaient être allouées que dès le mois d'octobre 2005, mois durant lequel il présentait une entière capacité de travail. Par conséquent, sa demande de prestations devait être rejetée. Par décision du 27 janvier 2010, l'OAI a entièrement confirmé ledit projet de refus de rente. Par courrier du 19 février 2010, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans, faisant principalement valoir que ses atteintes à son genou droit ne lui permettaient pas d'exercer son activité professionnelle à plus de 50% et que ses douleurs ne s'étaient pas atténuées. Il a ajouté que sa position corporelle et sa boiterie lui engendraient des douleurs dans le bas du dos, l'empêchant de rester assis longtemps et de se mouvoir sans douleurs lorsqu'il entraînait et sortait de son véhicule et lorsqu'il portait les bagages de ses clients. Il devait ainsi constamment prendre des antidouleurs. Il a enfin sollicité qu'une expertise médicale soit mise en œuvre, afin que soit constaté l'état actuel de son genou, ainsi que ses atteintes au niveau de la jambe et du bas du dos. Dans sa réponse du 22 mars 2010, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a constaté que les Drs B \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_ avaient tous les deux conclu à une entière capacité de travail dans la profession de chauffeur de taxi et que le Dr F \_\_\_\_\_ n'avait pas pu mettre en évidence d'affection psychique de nature à expliquer la discordance entre les plaintes et les éléments objectifs retenus par les médecins. Pour le surplus, le recourant n'avait pas allégué de fait susceptible d'expliquer une aggravation de l'atteinte à la santé, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de procéder à des investigations médicales complémentaires. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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). En l'espèce, la décision litigieuse du 27 janvier 2010 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et

des modifications de la LAI relatives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1<sup>er</sup> janvier 2004 et du 1<sup>er</sup> janvier 2008, cependant, les faits pertinents remontent au mois de novembre 2003. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité à partir du mois de novembre 2004 doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi. La 5<sup>ème</sup> révision de cette loi sera uniquement prise en considération pour déterminer d'éventuelles prestations dues à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008 (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329 ). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). Le litige porte, en l'espèce, sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé le droit à une rente au recourant. L'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008) dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine ). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA). a) 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). b) 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. À cet égard, il convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause 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 contradictoire. 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'expert. c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). Le recourant soutient tout d'abord ne pas être en mesure de travailler à plus de 50% dans sa profession de chauffeur de taxi en raison de ses atteintes somatiques. a) Le Dr C \_\_\_\_\_, lequel avait été mandaté, en qualité d'expert, par l'assureur perte de gain, a établi un rapport au mois de mai 2005, dans lequel il a retenu les diagnostics de fracture du plateau tibial interne droit, peu déplacée, avec petit arrachement au niveau de l'épine tibiale antéro-interne et d'instabilité modérée du ligament croisé antérieur. La capacité de travail du recourant était, d'après lui, entière dans l'activité de chauffeur de taxi depuis son examen du 20 avril 2005 et même déjà depuis l'automne 2004, attendu que d'après l'anamnèse, la situation était stabilisée depuis cette période. Les douleurs ne limitaient en effet pas la position assise et la conduite d'une voiture s'effectuait sans trop de problème, seule la sortie du taxi pour mettre les bagages dans le coffre était gênante. L'expert a estimé qu'à long terme, l'évolution vers une gonarthrose n'était pas exclue, mais qu'elle n'était pas prévisible pour l'instant. Il avait enfin eu l'impression que la demande d'un « arrêt de travail à 50% » était motivée par une sensation d'injustice ressentie par le recourant. Le Tribunal de céans constate que ce rapport d'expertise se base sur une anamnèse personnelle, médicale et socioprofessionnelle du recourant, sur ses plaintes ainsi que sur son dossier et, en particulier, sur les diverses radiographies. L'expert a posé des

diagnostics précis et a également clairement motivé son appréciation et ses conclusions. Il doit dès lors être conclu que son rapport présente valeur probante au sens de la jurisprudence. Son rapport est très largement confirmé par les constatations et conclusions du Dr B \_\_\_\_\_, lequel est également spécialiste en chirurgie orthopédique, tout comme l'expert. Ses rapports d'août 2006 et d'août 2007 font état d'atteintes similaires à celles retenues par l'expert, cependant, le Dr B \_\_\_\_\_ a déterminé que la capacité de travail du recourant était de 50% du 15 février au 31 décembre 2004 et de 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005 - et non déjà depuis l'automne 2004 - dans l'activité de chauffeur de taxi, et ce au vu des résultats d'une IRM pratiquée à l'époque, sur laquelle la fracture était encore visible. Il a précisé que l'examen radio-clinique ne permettait pas de retenir, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, d'élément objectif susceptible d'expliquer les plaintes du recourant. Pour le surplus, il était possible, d'après lui, qu'une arthrose fémoro-tibiale interne se développe progressivement et qu'un traitement chirurgical soit nécessaire à long terme. Ainsi, ses conclusions sont quasiment identiques à celles de l'expert, hormis pour ce qui est de la période d'incapacité de travail à 50% qui s'est terminée, d'après lui, à la fin de l'année 2004, au vu des résultats radiologiques, ce qui semble justifié. Le Dr A \_\_\_\_\_, généraliste, a quant à lui, posé le même diagnostic que l'expert mais a, en revanche, estimé que la capacité de travail était nulle du 10 novembre 2003 au 14 février 2004, de 50% jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2005 et de 75% depuis lors. Il sied de remarquer qu'on ne comprend pas très bien comment il a fixé les périodes d'incapacité de travail, attendu qu'il ne motive pas son appréciation. On peut même se demander s'il n'a pas uniquement suivi les déclarations de son patient. Partant, le rapport de ce médecin traitant, lequel est du reste, d'après la jurisprudence, enclin en cas de doute à prendre parti pour son patient, ne saurait remettre en cause les conclusions convaincantes des rapports des Drs C \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_. Quant au rapport de février 2007 du Dr D \_\_\_\_\_, lequel a retenu que la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité lucrative, il ne permet pas non plus de douter du contenu des rapports des deux médecins précités, attendu qu'il n'a, à aucun moment, expliqué les conclusions auxquelles il arrivait. En ce qui concernent les douleurs au genou, à la jambe et au bas du dos dont le recourant déclare souffrir, il y a lieu de constater que les douleurs au genou ont été prises en considération par les médecins spécialistes en chirurgie orthopédique et qu'aucun des médecins ayant examiné l'assuré n'a mis en exergue de lésions objectives en relation avec les douleurs invoquées. Partant, au vu de l'instruction médicale complète menée par l'intimée, il est superflu de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Par conséquent, eu égard aux rapports des Drs C \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_, le recourant présentait, d'un point de vue somatique, une totale incapacité de travail dans toute activité lucrative dès son accident du 10 novembre 2003 au 14 février 2004 et de 50% jusqu'au 31 décembre 2004, date à laquelle le recourant a recouvré, au plus tard, une entière capacité de travail dans la profession de chauffeur de taxi. b) Quant à la santé psychique du recourant, le Dr F \_\_\_\_\_ a exposé, en date du 5 février 2008, que les diagnostics étaient principalement ceux de trouble panique épisodique paroxystique et de personnalité dépendante, toutefois, ces diagnostics n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant. L'expert a ensuite expliqué pourquoi il retenait ces diagnostics et pour quelle raison d'autres, soit notamment celui de trouble dépressif, étaient à exclure. Il a également rapporté que les crises d'angoisse ne duraient habituellement que quelques minutes et que le recourant reconnaissait se sentir mieux actuellement et qu'il estimait que ses douleurs et ses angoisses étaient directement liées à son accident et qu'il avait ainsi droit à une réparation financière. Dans la mesure où les

angoisses n'étaient pas handicapantes, le recourant présentait, d'après l'expert, une entière capacité de travail dans sa profession de chauffeur de taxi. Le rapport de cet expert, lequel se base sur une anamnèse personnelle, familiale et médicale du recourant, sur ses plaintes ainsi que sur des examens complets, comporte des constatations objectives, des explications quant aux résultats des examens effectués, des diagnostics clairs ainsi qu'une motivation suffisante. Son rapport présente, dès lors, valeur probante au sens de la jurisprudence. Il sera remarqué que le psychiatre traitant du recourant, le Dr E. \_\_\_\_\_, a posé un diagnostic similaire à celui de l'expert, mais qu'il n'explique pas les raisons qui l'ont amené à ne retenir qu'une capacité de travail de 50%. Quoiqu'il en soit, son rapport, lequel a été pris en considération par l'expert, ne met pas en exergue d'éléments objectifs ignorés par ce dernier et susceptibles de remettre en cause ses conclusions. Par voie de conséquence, il y a lieu de retenir, en se basant sur le rapport d'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_, que la capacité de travail du recourant n'a jamais été diminuée d'un point de vue psychiatrique. Reste ainsi à déterminer s'il a droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps, eu égard à son incapacité totale de travail dans toute activité lucrative du 10 novembre 2003 au 14 février 2004 et de 50% jusqu'au 31 décembre 2004. a) Conformément à l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). Aux termes de l'art. 48 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24, al. 1, LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. b) En l'occurrence, le recourant a subi un accident en date du 10 novembre 2003, moment à partir duquel il a présenté, pour la première fois, une incapacité de travail significative, de sorte que le délai d'attente d'un an est parvenu à échéance au mois de novembre 2004. Son droit à la rente prend ainsi naissance au plus tôt à ce moment-là. En outre, la période d'incapacité de travail du recourant a duré jusqu'au 31 décembre 2004, date à laquelle il présentait à nouveau une entière capacité de travail dans sa précédente activité lucrative. Cependant, il est patent que le recourant connaissait les faits donnant droit à prestation et qu'il n'a déposé sa demande de prestations qu'en date du 9 octobre 2006, de sorte qu'elle est tardive et qu'un éventuel droit à la rente n'a pu prendre naissance que douze mois avant sa demande, soit en l'espèce au mois d'octobre 2005. Or, à ce moment-là, le recourant présentait, et ce déjà depuis neuf mois, une entière capacité de travail dans son activité habituelle de chauffeur de taxi. Par conséquent, aucune prestation ne peut être allouée au recourant pour la période courant du 1<sup>er</sup> novembre 2003 au 31 décembre 2004. Le recours est dès lors mal fondé. Dans la mesure où la procédure n'est plus gratuite depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, (art. 69 al. 1bis LAI) et au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 francs. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17

juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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