

TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC

Section des affaires sociales

En matière d'indemnisation

Date : 29 mai 2009

Référence neutre : 2009 QCTAQ 05904

Dossier : SAS-M-142404-0801

Devant les juges administratifs :

DOMINIQUE MARCIL
ROBERT BORDUAS

J... D...

Partie requérante

c.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC

Partie intimée

DÉCISION

[1] Il s'agit d'un recours formé à l'encontre d'une décision rendue en révision par l'intimée, la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), le 14 décembre 2007 :

- mettant fin au versement de l'indemnité de remplacement du revenu (IRR) en date du 23 juin 2007 jugeant le requérant en mesure de reprendre son emploi d'électricien et non limité en regard de la conduite automobile;
- réclamant du requérant une somme de 1 391,10 \$ correspondant au montant versé par la SAAQ en IRR pour la période du 24 juin 2007 au 7 juillet 2007 ;
- mettant fin au remboursement des traitements de nature orthopédique, psychologique ou autre jugés non médicalement requis à compter du 23 juin 2007;
- confirmant l'absence de séquelles permanentes découlant de l'accident du 1^{er} septembre 2006 ;
- refusant de reconnaître une relation entre un état de stress post-traumatique et ledit accident.

[2] Au début de l'audience, le requérant précise qu'il maintient tous les volets de sa contestation. Plus tard au cours de l'audience, il mentionne toutefois qu'il ne réclame aucun frais de traitement, qu'il croit être guéri de son état de stress post-traumatique et qu'il ne s'est pas fait évaluer pour ses séquelles permanentes.

[3] Le Tribunal a entendu à l'audience le témoignage du requérant et les représentations du procureur de la SAAQ, en plus de visionner une preuve vidéo d'enquête effectuée à la demande de la SAAQ, d'une durée de plus d'une heure commentée par les deux enquêteurs qui l'ont réalisée, messieurs Marcel Grégoire et Charly Dando.

[4] Après avoir revu de façon exhaustive la preuve documentaire soumise et délibéré, le Tribunal en vient à la conclusion que le recours introduit par le requérant doit être rejeté et que la décision de la SAAQ du 14 décembre 2007 doit être confirmée.

[5] À l'appui de sa décision, le Tribunal retient ce qui suit.

[6] Les décisions initiales de la SAAQ rendues le 17 et le 21 août 2007 et confirmées en révision le 14 décembre 2007 font suite à une enquête réalisée à la demande de la SAAQ.

[7] L'enquête est demandée par l'agent d'indemnisation de la SAAQ, madame Martine Fiset le 24 mai 2007. Elle est ainsi libellée¹ :

« M. [le requérant] est incapable de conduire depuis décembre 2006. Nous payons tous les frais de déplacements à un organisme de transport collectif étant donné sa crainte et peur de conduire, pour aller à ses traitements physio et visites médicales. Selon évaluation psychiatre pa serait très manipulateur. Filature demandée afin de vérifier déplacements de pa, vérifier si pa peut conduire sa voiture, et vérifier limitations mouvements chez pa. P.S. Pa aurait fait l'acquisition dernièrement d'une voiture neuve... mais ne l'a conduit pas??? »

Blessures : entorse cervico-dorsale, contusion bras + hanche gauche » (sic)

¹ Pièce I-1.

[8] L'enquête est effectuée les 18, 19, 23 et 24 juin 2007 par messieurs Marcel Grégoire et Charly Dando, enquêteurs autorisés, pour le compte de l'entreprise Investigations Imperial. Le rapport en est déposé au dossier².

[9] Il ressort clairement à la fois du visionnement de la filature et de l'analyse du rapport rédigé par les enquêteurs que le requérant est actif et ne présente aucune limitation physique ni aucune difficulté à conduire sa voiture. Il se mobilise normalement, bouge notamment beaucoup la tête lorsqu'il parle, effectue des mouvements amples des membres supérieurs, marche normalement, se tient à l'occasion sur une seule jambe, enjambe des objets, s'accroupit à maintes reprises tenant parfois des objets dans ses mains en même temps, se penche pour examiner des objets posés sur le sol, soulève et transporte des objets.

[10] Le requérant est visualisé durant des périodes parfois relativement prolongées (de trois heures le 24 juin 2007), en position debout et en marche. Il est notamment filmé alors qu'il effectue plusieurs manœuvres pour transporter un B.B.Q. sur roulettes et le placer dans le coffre de sa voiture.

[11] Le requérant conduit lui-même à quelques reprises sa voiture pour se rendre aux points de vente qu'il fréquente (marché aux puces, encan et autres) (distances estimées 10-12 km et 20-25 km selon les enquêteurs). Il est notamment visualisé tournant la tête vers l'arrière au moment où il recule sa voiture.

[12] Cette preuve est déterminante pour le Tribunal.

[13] À cet égard, le Tribunal ne peut retenir les objections formulées par le requérant à l'audience. Il a en effet déploré que les enquêteurs ne l'aient pas filmé lorsqu'il conduisait sur la route. Ils auraient alors à son avis constaté son état de panique l'obligeant à se tasser sur le côté de la route lorsqu'une autre voiture le suivait de trop près. Il soutient qu'il était sous l'effet de médicaments à cette époque, qu'il lui arrivait même d'oublier qu'il avait utilisé sa voiture et qu'il était dangereux sur la route.

[14] À cet égard, les enquêteurs ont expliqué que, travaillant seuls, il leur est impossible de filmer en conduisant eux-mêmes. Ils ont par contre témoigné n'avoir noté aucune

² Pages 421 à 446 inclusivement.

anomalie dans la conduite automobile du requérant dont la voiture était parfois suivie et dépassée par d'autres véhicules. Ils n'ont jamais vu le requérant tasser son véhicule sur le côté de la route et n'ont observé aucun signe d'insécurité chez lui alors qu'il montait et descendait de sa voiture. De plus, il roulait à une vitesse normale.

[15] Le Tribunal retient ce témoignage des enquêteurs confirmé en quelque sorte par le requérant lui-même. Ce dernier, questionné à l'audience, explique en effet qu'il achetait des marchandises dans le but de les revendre au Marché aux Puces A où il s'est d'ailleurs rendu à une ou deux reprises au cours de l'été 2007 partant de chez lui à ville A, près de ville B.

[16] Le Tribunal retient donc que, même si le requérant n'avait repris la conduite automobile qu'à la fin du mois de mai 2007 ou au début du mois de juin 2007, comme il le soutient, il est bien clair qu'il n'éprouvait plus aucun problème au moment de l'enquête. Par ailleurs, le requérant ne semblait pas non plus au visionnement de la preuve vidéo limité par la médication comme il le soutient.

[17] Le requérant admet à l'audience que sa condition physique était assez bonne au moment de l'enquête. Il souligne que les traitements de physiothérapie qu'il avait reçus durant sept mois l'avaient beaucoup aidé. Il ne peut toutefois expliquer le rapport médical adressé à la SAAQ le 8 août 2007 par son médecin traitant, le docteur Michel Carrier. Ce dernier fait alors mention d'une part de cervico-dorsalgie persistante, avec douleurs lors de tous les mouvements cervicaux et présence de certaines limitations et d'autre part d'un syndrome de stress post-traumatique non réglé.

[18] Cet élément discordant ne peut être ignoré du Tribunal. Il en est de même de certains autres aspects du témoignage du requérant.

[19] Ainsi, le requérant a repris son travail d'électricien de chantiers industriels en mars 2008 à la raffinerie A. Il avait fait régulièrement au cours des mois précédents des exercices d'étirements qui lui avaient été recommandés en physiothérapie. Il avait également réussi à cesser la médication analgésique et anxiolytique qu'il prenait, à l'exception du Seroquel qui lui était prescrit trois fois par jour. Il a par contre dû se faire prescrire par son médecin de l'Empracet et du Flexeril car il était plus souffrant à la suite de son retour au travail.

[20] Le requérant explique au Tribunal que son travail s'effectue dans les hauteurs et est extrêmement dangereux, en plus d'exiger de déplacer des câbles très lourds. Toutefois, il n'a pas mentionné à son employeur qu'il prenait des médicaments et explique en avoir plutôt avisé son délégué syndical qui s'est appliqué à limiter ses activités de travail en conséquence.

[21] Questionné plus précisément, le requérant admet que son médecin était plus ou moins au courant des exigences de son travail.

[22] Plus tard, le requérant explique que les tâches difficiles et dangereuses n'étaient pas quotidiennes et que leur planification exigeait parfois trois jours de travail. Il pouvait prendre ses médicaments sans danger à ce moment et en limiter la prise les jours où il devait travailler plus fort.

[23] Le requérant, à la fin de son contrat de deux mois [à la raffinerie A], à raison de 12 heures par jour, 7 jours par semaine, est allé travailler durant trois mois en Alberta. Son travail y était moins exigeant. Par la suite, il a de nouveau travaillé deux mois [à la raffinerie A].

[24] Le requérant regrette de ne pas avoir bénéficié des interventions en réadaptation qui avaient été recommandées au Centre A. Il fait état de ses hernies cervicales qui lui nuisent dans l'exercice de ses tâches de travail. Il déplore prendre encore des médicaments, ce qui à ses yeux demeure son principal problème. Il planifie d'ailleurs un sevrage avec son médecin. S'il réussit à cesser ses médicaments, il considère qu'il ne conserve pas de séquelles de son accident. Il prévoit retourner travailler en Alberta.

[25] Questionné sur ses antécédents, le requérant explique avoir séjourné durant neuf mois à l'Institut A vers l'âge de 18 ans. On aurait pensé à tort qu'il était suicidaire, alors qu'il avait été blessé par un ami qui est demeuré lui-même neuf mois dans le coma et n'a donc pu rétablir les faits au cours de cette période.

[26] Le requérant n'avait jamais été par la suite suivi en psychiatrie avant l'accident du 1^{er} septembre 2006. Il a présenté un épisode de panique au volant une semaine plus tard en se rendant à l'hôpital pour sa blessure au coude et il a dû être hospitalisé en psychiatrie.

[27] Le Tribunal éprouve donc des réserves face au témoignage du requérant, qui apparaît discordant à certains égards.

[28] Le Tribunal ne peut non plus ignorer certains éléments discordants révélés par la preuve documentaire.

[29] Le Tribunal juge utile de rappeler que le requérant, qui a alors 51 ans, est victime d'un accident d'automobile le 1^{er} septembre 2006 alors que conduisant sa voiture à environ 25 km/heure, il subit un impact latéral droit à une intersection. Le requérant indique dans sa demande d'indemnité adressée à la SAAQ le 20 septembre suivant que la porte du véhicule a été défoncée au centre. Des dommages au niveau de l'aile et de la porte arrière sont également notés.

[30] De l'avis du Tribunal, il s'agit de toute évidence d'un accident mineur. Un constat amiable est d'ailleurs rempli sans plus. On y mentionne que le requérant éprouve une douleur au coude gauche.

[31] Deux jours plus tard, le requérant consulte à l'urgence du Centre hospitalier A. Il se plaint d'une douleur au coude gauche et d'une raideur au cou du côté droit qui est augmentée ce matin-là. L'examen démontre notamment un œdème du coude sans rougeur. Le médecin conclut à une bursite traumatique du coude et à une entorse cervicale avec torticolis. Le requérant est revu deux jours plus tard. Sa douleur est identique. Les radiographies du coude et de la colonne cervicale sont rapportées normales et le médecin recommande un arrêt de travail d'une durée d'une semaine.

[32] Toutefois, le 15 septembre 2006, le requérant consulte le docteur Jana Michalkova qui rapporte alors une condition douloureuse plus importante : cervicalgie, dorsalgie, entorse cervicale, contusion de tout le bras gauche et contusion de la hanche gauche. Elle fait également état d'une confusion et d'une désorientation. Elle mentionne une sensibilité à l'examen, un hématome important du bras gauche mais une mobilisation normale du cou. Elle précise que le requérant ne peut utiliser son bras gauche et éprouve une peur extrême de conduire sa voiture.

[33] À la demande du docteur Michalkova, le requérant est vu en orthopédie le 27 septembre 2006 par le docteur Luis Toriz. Ce dernier conclut à une bursite olécrânienne

modérée pour laquelle il recommande de cesser toute immobilisation et il se limite à un traitement conservateur.

[34] Le requérant se soumet également à de nombreux examens qui ne démontrent pas de lésion traumatique : scan cérébral normal, résonance magnétique cérébrale normale, radiographies du bassin et des poumons normales. Un scan cervical et une résonance magnétique cervicale sont aussi réalisés. Ils démontrent essentiellement une condition dégénérative cervicale. Les rapports en sont ainsi libellés :

« **SCAN CERVICAL C+** :

[...]

Conclusion :

Débord dégénératif des disques C4-C5 et C5-C6 plus marqué en C5-C6 sans hernie vraie visible à ces niveaux.

Il existe un aspect de hernie médiane de très petite taille en C6-C7 sans conséquence pathologique évidente.

Pas d'autre anomalie nettement individualisable ce jour.

[...]

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE CERVICALE :

[...]

Opinion :

En réponse à la question clinique, pas d'atteinte ligamentaire ou signe d'instabilité post traumatique. Discopathie cervicale telle que décrite, prédominante en C5-C6 où il y a une hernie discale chronique par protrusion disco-osseuse postéro-centrale modérée et légère sténose spinale secondaire. Pas d'œdème médullaire. Pas de myélomalacie. Pas de syringo-hydromyélie. Pas d'hématome épidural.»

[35] Dans sa demande d'indemnité signée le 20 septembre 2006, le requérant décrit ainsi ses blessures :

« Douleurs au coude gauche bras
épaule gauche
centre gauche omoplate

ecchymose au bras et épaule gauche » (sic)

[36] À compter du mois de novembre 2006, le docteur Michel Carrier, médecin traitant du requérant, retient un diagnostic de cervico-dorsalgie.

[37] La preuve soumise révèle par ailleurs que le requérant est victime d'un deuxième accident d'automobile le 8 décembre 2006. Lors de cet accident, survenu à basse vitesse, le requérant perd le contrôle de sa voiture qui bascule dans un fossé et frappe un terre-plein. Il y a déploiement du sac gonflable. Le requérant est transporté en ambulance au Centre hospitalier A. Il présente initialement un Glasgow à 8 qui se normalise à son arrivée à l'hôpital. Il demeure hospitalisé durant onze jours, jusqu'au 19 décembre 2006.

[38] Des diagnostics d'entorse de l'épaule gauche et de la hanche gauche sont finalement retenus. On mentionne de plus un état de stress post-traumatique découlant du premier accident, une hernie cervicale asymptomatique et un trouble de personnalité probable.

[39] Il appert toutefois que le requérant ne déclare jamais cet accident à la SAAQ.

[40] Le 9 décembre 2006, on note au dossier hospitalier que le requérant venait de signer un refus de traitement en psychiatrie, qu'il présente un tableau neurologique très atypique soit une paralysie de tout le corps avec récupération atypique. On évoque les diagnostics de syndrome de conversion et de stress post-traumatique. On considère également la possibilité de gains secondaires.

[41] Le requérant est soumis à divers examens à la suite de ce deuxième accident : radiographies de la colonne dorso-lombaire, de l'épaule gauche, de l'omoplate gauche, scan cérébral, scan cervical, résonance magnétique cervicale, résonance magnétique cérébrale. Aucune nouvelle lésion, traumatique ou autre, n'est mise en évidence, à part des signes d'arthrose dorsale et lombaire.

[42] La condition psychiatrique du requérant au cours de l'automne 2006 et de l'hiver 2007 est également documentée au dossier soumis au Tribunal.

[43] Ainsi, à la suite de l'accident du 1^{er} septembre 2006, le requérant est hospitalisé du 8 au 28 septembre en raison de sa condition psychiatrique. Il bénéficie toutefois d'un congé de cinq jours au cours de cette période.

[44] Le docteur Françoise Debert, psychiatre, écrit ce qui suit le 11 septembre 2006 :

« **IDENTIFICATION ET RAISON D'ADMISSION**

Homme de 52 ans, célibataire qui s'est présenté en état d'anxiété importante une semaine après un accident. Il a été admis pour stress post-traumatique.

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES PERSONNELS

Le patient a fait un séjour à [l'Institut A] pendant neuf mois à l'âge de 17 ans, alors qu'il était dans un centre pour petits délinquants à ville C. Il prenait de la drogue. Après son séjour à [l'Institut A], il est retourné à ville C, puis a pu sortir à 18 ans, et depuis, il n'a jamais consulté de psychologue ni de psychiatre.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Le patient a des séquelles de douleurs dans le cou et dans le dos depuis différents accidents de la route. Il a également eu un pouce fracturé lors d'un accident.

ANTÉCÉDENTS TOXIQUES

Le patient a fait beaucoup de thérapies, quatre de six mois environ pour pot, cocaïne; la dernière remonte à 1996. Depuis, il ne consomme plus du tout ou alors très occasionnellement.

[...]

IMPRESSION DIAGNOSTIQUE

Axe I : *Trouble d'adaptation au décours d'un accident survenu le 1^{er} septembre. Syndrome de stress post-traumatique chronique pour l'accident de 1993 pour lequel l'IES est à 62. Notons qu'il est trop tôt pour parler de stress post-traumatique pour l'accident du 1^{er} septembre puisqu'il faut un délai d'un mois pour les symptômes. Le patient n'a pas de symptômes de l'état de stress, aigus.*

Axe II : *Différé.*

Axe III : *Blessure au bras gauche qui est oedémaciée, non fonctionnelle.*

Axe IV : *Accident de voiture le 1^{er} septembre 2006 réveillant un accident plus ancien en 1993.*

Axe V : *Fonctionnement à 45-50.*

CONDUITE À TENIR

Hospitalisation pour mise en place d'un traitement qui devrait être un traitement psychothérapeutique de type EMDR. Il y aura de l'enseignement fait pour cela. »

[45] Le 5 décembre 2006, le requérant est hospitalisé en psychiatrie et demeure à l'hôpital jusqu'au lendemain car il présente des paniques et des idées suicidaires.

[46] Le docteur Franck Fabbro, psychiatre, écrit ce qui suit :

« [...] Le patient est souriant en début d'entretien. Sa voix est modulée. L'affect est mobilisable. Il se croit déprimer, il dit qu'il a les idées noires. Il a beaucoup de récriminations contre le système. Il voudrait que l'on trouve une solution à ses problèmes. Il voudrait, par exemple, qu'on lui prescrive du Suppedol. Il rapporte des symptômes de la lignée anxieuse, il fait des cauchemars, des paniques quand il doit reprendre le volant. Il pense aussi qu'il pourrait rester en psychiatrie pour se reposer et bénéficier des suivis en physiothérapie à l'hôpital.

Le ton monte rapidement quand nous lui disons que nous ne pouvons pas faire grand-chose pour ses douleurs. Nous croyons que sa médication est adéquate et que nous lui présentons les grandes lignes du traitement des troubles anxieux. Il prétend que nous ne voulons rien faire pour lui et que dans ces conditions, il veut quitter l'hôpital, arrêter de prendre ses médicaments et prendre le volant. Il affirme que je serais « responsable » s'il devait avoir un nouvel accident au volant. Je tente à plusieurs reprises de lui expliquer les principes de l'exposition graduelle, mais il met à chaque fois à me couper la parole.

Dans les notes infirmières du 5 et du 6 décembre, le patient ne semble pas désorganisé, il a bien mangé et bien dormi. Il se disait non suicidaire et le risque semble plus lié à son impulsivité. Il n'est pas délirant ni halluciné, le patient n'est pas confus. Le jugement semble préservé.

IMPRESSION DIAGNOSTIQUE

Possible état de stress post-traumatique, probable personnalité pathologique.

CONDUITE À TENIR

Nous lui avons proposé de voir avec D^{re} Debert s'il est possible d'avancer sa prochaine séance EMDR prévue pour le 14 février. Nous lui avons également proposé de faire l'inventaire de ses peurs dans une perspective cognitivo-comportementale, mais il s'est dit non intéressé. Il est finalement parti contre avis médical. Il croit qu'il n'y a pas d'indication de le garder sans son consentement. Le patient n'est pas désorganisé, il n'a pas non plus de pathologie psychiatrique active de risque comme mentionné plus haut en rapport avec son impulsivité. » (sic)

[47] Du 12 au 19 janvier 2007, le requérant est de nouveau hospitalisé en psychiatrie. Il est admis en raison d'idées suicidaires et d'intoxication médicamenteuse. Le diagnostic final retenu est toutefois celui de troubles anxieux situationnels.

[48] Le médecin de l'urgence écrit notamment que le requérant menace de se jeter devant une voiture s'il n'est pas réhospitalisé³.

[49] Pour sa part, le docteur Debert écrit ce qui suit :

« HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE »

Le patient vit avec une femme depuis son dernier séjour en septembre 2006. Il ne travaille pas. Il a eu un autre accident de la route dernièrement et il est en conflit avec la SSAQ. Il explique avec forces détails qu'il a voulu arrêter sa médication et qu'il l'a cessée. Ensuite, il a dit à sa copine qu'il allait les prendre toutes, mais en fait il a jeté tous ses médicaments, dit-il, dans les toilettes alors qu'elle croyait qu'il les avait pris. De plus, il lui avait fait un papier en lui disant qu'il lui donnait tout. C'est ainsi que la conjointe a appelé la police. Le patient nous dit clairement qu'il a manipulé sa conjointe pour l'impressionner (verbatim). Il dit également qu'il a dit qu'il avait des idées suicidaires pour l'impressionner. En fait, il dit qu'il ne veut absolument pas se suicider car il est bien avec sa conjointe et de plus, il veut accompagner sa mère qui se meurt de maladie d'Alzheimer. Il nous raconte ensuite en long et en large qu'il a fait rencontrer sa conjointe à sa mère, cela s'est bien passé. Il dit qu'il a été très bien soigné avec de l'EMDR. Il dit ensuite qu'il a des troubles paniques, mais en fait quand on l'interroge, il s'agit de crises de colère impulsives, par exemple, lorsqu'il y a des gens qui sont à côté de lui et qui disent des choses qui ne lui plaisent pas ou par exemple, lorsqu'il ne peut pas rentrer sa clé dans la serrure de voiture ! Le patient reconnaît qu'il est impulsif, qu'il a des colères faciles et qu'il manipule. Il se demande (sic!) s'il n'a pas une personnalité borderline.

Le patient nie avoir des idées suicidaires. [...]

³

Note en partie illisible page 102 du dossier.

EXAMEN OBJECTIF

On est en présence d'un homme que l'on connaît, toujours aussi obséquieux. À la fin de l'entrevue, il nous demandera très cérémonieusement si la signataire accepte qu'il lui baise la main et acceptera sans broncher que la signataire refuse sèchement. Il gardera le dernier mot en disant « je vous comprends » (verbatim !).

Le patient a quand même une attitude adéquate pendant l'entrevue, à part la dernière réflexion citée supra. Il s'écoute parler cependant. Il a une attitude légèrement séductrice sans pour autant être familière ou déplacée. Il fait beaucoup de compliments, et à la signataire pour ses traitements et aux infirmières, il va même jusqu'à dire que le D^r Fabbro était très gentil alors que lorsque nous lisons la note de décembre 2006, on voit bien que le patient avait été très conflictuel avec D^r Fabbro.

Le patient nie donc toutes idées suicidaires. L'affect est mobilisable, il est euthymique. Il n'est pas délirant, il n'est pas halluciné. On ne constate pas une grande anxiété. Ses fonctions cognitives sont préservées. L'autocritique est assez correcte, il se dit lui-même manipulateur.

IMPRESSION DIAGNOSTIQUE

Axe I : *Pas de dépression majeure, pas de manie, pas de psychose, pas de risque suicidaire et pas d'urgence suicidaire.
État de stress post-traumatique en rémission totale.
Troubles anxieux situationnels.
Troubles du comportement liés à l'axe II.*

Axe II : *Éléments de personnalité borderline.*

[...]

Axe V : *Fonctionnement au-dessus de 55.*

CONDUITE A TENIR

Il n'y a pas d'indication de garder longtemps le patient, il aura son congé le 19 janvier.

Nous allons aménager la médication pour qu'il ait du Séroquel qui agira sur l'anxiété et sur les états colériques. »

[50] Malgré cette conclusion du docteur Debert, le docteur Carrier, de son côté, reprend toujours à compter du mois de février 2007 le diagnostic d'état de stress post-traumatique lorsqu'il rencontre le requérant qui lui fait part de ses difficultés psychologiques.

[51] Compte tenu de cette preuve documentaire bien documentée particulièrement au point de vue psychiatrique et d'autre part du témoignage du requérant qui admet que sa condition physique était assez bonne en juin 2007, le Tribunal ne peut retenir le constat d'incapacité émanant du docteur Carrier à la même époque et par la suite en août 2007. Le Tribunal retient d'ailleurs que le requérant n'a pu à l'audience expliquer les constats du docteur Carrier du mois d'août 2007 concernant sa condition.

[52] Le Tribunal ne peut non plus retenir les conclusions de l'évaluation multidisciplinaire réalisée en avril 2007 au Centre de réadaptation A.

[53] L'équipe du Centre A décidait alors de prendre en charge le requérant en l'intégrant à un programme interdisciplinaire de réadaptation tout en concluant à un pronostic plutôt défavorable de retour au travail :

« Le pronostic de retour au travail est plutôt défavorable étant donné :

- l'âge de monsieur ;*
- les différents antécédents d'arrêt de travail ;*
- la méconnaissance de sa condition (hernie) et les craintes face à celle-ci ;*
- l'absence de lien d'emploi, selon monsieur ;*
- l'isolement social ;*
- la condition psychologique (anxiété, crainte de conduire).*

Toutefois, on note quelques facteurs favorables :

- stratégies de gestion de douleur actives ;*
- motivation à améliorer sa condition, il s'investit dans le processus de réadaptation »*

[54] La preuve testimoniale soumise démontre plutôt que le requérant, par ses efforts personnels et sans intervention spécialisée, a été en mesure de reprendre un travail fort exigeant moins d'un an plus tard.

[55] En conséquence, le Tribunal retient en prépondérance la preuve d'enquête réalisée en juin 2007, qui s'avère au surplus supportée par l'analyse de la preuve documentaire soumise et à certains égards par la preuve testimoniale.

[56] La décision de la SAAQ du 14 décembre 2007 est donc bien fondée et doit être confirmée.

PAR CES MOTIFS, le Tribunal :

REJETTE le recours.

DOMINIQUE MARCIL, j.a.t.a.q.

ROBERT BORDUAS, j.a.t.a.q.

Me Yves Meloche
Procureur de la partie intimée