

GE_GERICHTE ATAS/349/2008 vom 25. März 2008

GE Cour de justice, 2008-03-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_349_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/349/2008 du 25 mars 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/349/2008 del 25 marzo 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 7 septembre 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2004, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

E. 3

En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 4

L'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI et plus particulièrement, sur son degré d'invalidité.

E. 5

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

A/3801/2007 - 7/15 - accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA).

E. 6

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, thèse Fribourg 1999, p. 142). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

E. 7

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, *La preuve en droit des assurances sociales*, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH*, Bâle 2000 p. 268).

A/3801/2007 - 8/15 - Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353

consid. 3b/bb).

E. 8

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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 9

En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

E. 10

La question litigieuse que le Tribunal de céans doit trancher consiste à savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a refusé toute prestation au recourant, c'est-à-dire de déterminer si les atteintes subies par le recourant à sa santé physique et mentale doivent ou non être considérées comme invalidantes au sens de la LAI et donc ouvrir le droit aux prestations prévues par cette loi, notamment les mesures d'ordre professionnel (conclusion principale du recourant) ou la rente (conclusion subsidiaire du recourant).

E. 11

La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b, 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04). Une maladie, un accident ou une infirmité congénitale peuvent provoquer une atteinte à la santé à l'origine de l'invalidité (art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de

A/3801/2007 - 9/15 - gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 LPGGA).

E. 12

En l'espèce, le Dr D_____ considère que son patient est totalement incapable de travailler, quelle que soit l'activité envisagée, ce depuis le 1er mars 1995. Il y a à cet égard lieu de relever que le 20 septembre 2000, la commission cantonale de recours AVS-AI a rendu un jugement, entré en force, selon lequel l'assuré présentait une capacité de travail de

100% dans une activité adaptée à ses limitations, et un degré d'invalidité de 31%, soit un degré insuffisant pour justifier l'octroi d'une rente. Il s'agit dès lors d'examiner les faits tels qu'ils se présentent depuis la décision de refus de prestations, confirmée par le jugement de la commission cantonale de recours AVS-AI L'OCAI s'est fondé sur le rapport des Drs F_____ et G_____ du 16 août 2006 pour conclure à une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle d'employé d'entretien de 50% et dans une activité adaptée de 70% depuis mars 2003. L'état de santé de l'assuré s'est ainsi indéniablement aggravé, et sa capacité de travail s'en trouve diminuée. Il convient à cet égard de relever que le rapport du 16 août 2006 remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Les médecins ont précisément décrit les atteintes à la santé dont souffrait l'assuré, quelles limitations elles entraînaient et ont expliqué en quoi il y avait eu aggravation. Leurs conclusions sont claires et bien motivées, de sorte que le Tribunal de céans n'a aucun motif de s'en écarter. L'assuré conteste les taux retenus par les médecins du SMR, lesquels sont, selon lui, sous-estimés. Il y a dès lors lieu d'examiner si le dossier contient des indices concrets permettant de remettre en question les conclusions de ce rapport. Force est de constater que tel n'est pas le cas. En effet le Dr D_____ se borne à dire que son patient est incapable de travailler à 100% depuis mars 1995. Le Dr E_____ indique, tout comme les médecins du SMR du reste, que l'assuré peut travailler comme concierge à mi-temps, mais ne se détermine pas sur la capacité exigible dans une activité adaptée. Les taux retenus par les Drs F_____ et G_____ doivent en conséquence être confirmés.

E. 13

Reste à déterminer le degré d'invalidité.

E. 14

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité.

A/3801/2007 - 10/15 - Cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

E. 15

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de

comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après ESS; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique

A/3801/2007 - 11/15 - permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le TFA a ainsi procédé à un abattement de 15% pour tenir compte en particulier de la nationalité étrangère du recourant et de l'empêchement à effectuer des travaux lourds ou de la nécessité d'alterner les positions assis/debout (ATFA non publié du 30 novembre 2001 I 422/01). Dans un autre cas, l'abattement a été fixé à 15% dans le cas d'un ressortissant portugais d'une cinquantaine d'année subissant des limitations importantes de l'épaule (ATFA non publié du 18 juillet 2003, I 422/01). Dans un arrêt du 23 octobre 2000 (ATFA non publié en la cause I 177/00), le Tribunal fédéral a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de retenir un abattement de 10% en raison de la limitation à des activités légères dans le cadre d'activités simples et répétitives que recouvraient les secteurs de la production et des services, car au regard du large éventail d'activités que recouvrait cette catégorie, on devait convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et permettent l'alternance des positions et sont donc adaptées aux handicaps des assurés qui ne peuvent plus effectuer de travaux lourds et doivent éviter les positions statiques prolongées. Enfin, le TFA admet comme un facteur de réduction le fait que l'intéressé se trouve limité à exercer un travail à temps partiel. En effet, il est généralement admis que les employés à temps partiel gagnent proportionnellement moins que ceux qui travaillent à temps plein (Arrêt du TFA du 10 octobre 2003, I 412/03 ; voir VSI 1998 p. 182 consid. 4b, 1998 p. 297 ; ESS 2000 p. 24 tableau 9). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour

autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81, 123 V 150 consid. 2 et les références p. 152).

E. 16

En l'espèce, le calcul auquel a procédé l'OCAI pour calculer le degré d'invalidité est conforme aux dispositions légales et réglementaires applicables, ainsi qu'à la jurisprudence du TFA. Il n'a cependant tenu compte d'aucun abattement supplémentaire, considérant qu'une déduction spécifique pour tenir compte des limitations fonctionnelles de

A/3801/2007 - 12/15 - l'assuré avait déjà été opérée dans le cadre de l'estimation de sa capacité résiduelle de travail, et que ce facteur n'avait pas à être retenu une seconde fois pour procéder à la déduction du salaire statistique. Ce faisant toutefois, il a ignoré l'âge de l'assuré, ainsi que le fait que seul l'exercice d'une activité partielle lui est possible, tous éléments qu'il convient précisément de prendre en considération dans le cadre d'une réduction supplémentaire. Le Tribunal de céans considère dès lors qu'il se justifierait, au vu de la jurisprudence susmentionnée, de tenir compte d'un taux de 10%. Le degré d'invalidité obtenu ne dépasserait cependant pas 38%, degré restant insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

E. 17

Ce degré de 38% permet en revanche la prise en charge éventuelle de mesures de réadaptation professionnelles (VSI 2000 p. 63). Selon l'art. 8 al. 1 LAI, en sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004 (4ème révision AI), les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement, art. 8 al. 3 let. b LAI; cf. également art. 15 à 18 LAI). Il faut entendre par reclassement au sens de l'art. 17 LAI l'ensemble des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, nécessaire et adéquate destinée à procurer de manière appropriée une nouvelle capacité de gain, à peu près équivalente à celle de l'activité antérieure, aux assurés qui ne peuvent plus en raison d'une invalidité survenue ou imminente exercer leur métier ou leur activité lucrative antérieure ou accomplir leurs travaux habituels. L'exigence d'une équivalence approximative entre l'activité exercée avant la survenance de l'invalidité et celle accomplie après une mesure de reclassement porte avant tout sur les perspectives de gain. Mais pour être certain que le revenu réalisé dans la nouvelle profession soit environ du même ordre à terme (carrière) que celui que procurerait l'activité initiale, il faut que les deux formations considérées présentent une valeur intrinsèque qui puisse soutenir la comparaison (RCC 1988 p. 494; VSI 1997 p. 84). L'exigence d'équivalence limite le droit au reclassement "vers le haut". Il n'appartient pas à l'AI de placer un assuré dans une position économique et professionnelle meilleure que celle qu'elle occupait auparavant (Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel N° 4001 et ss.). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou à favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré,

l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 110 V 102), qui ne seront pas allouées si

A/3801/2007 - 13/15 - elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références). En effet, des mesures de réadaptation ne sont à la charge de l'assurance-invalidité que s'il existe une proportion raisonnable entre leur coût et leur utilité prévisible.

E. 18

En l'espèce, l'OCAI n'a envisagé aucune mesure de réadaptation professionnelle en faveur de l'assuré, considérant qu'elle ne serait ni simple, ni adéquate et ne respecterait pas le principe de l'équivalence. Il s'avère en effet qu'il existe différents secteurs d'activité dans lesquels l'assuré serait en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail, compte tenu de ses limitations. Il y a ainsi lieu d'admettre, avec l'intimé, qu'une mesure de réadaptation ne serait pas indiquée.

E. 19

S'agissant en revanche du placement, il y a lieu de relever que l'art. 18 al. 1 LAI a été modifié lors de la 4ème révision de la LAI. Aux termes de l'art. 18 al. 1 première phrase LAI (dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004), les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver. Cette modification de l'art. 18 al. 1 LAI ne figurait pas dans le message du Conseil fédéral, mais elle a été introduite par la Commission du Conseil national. L'idée à l'origine de cette nouvelle formulation était de renforcer le soutien apporté d'office lors de la réadaptation. L'art. 18 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004) a dont étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement (SVR 2006 IV Nr. 45 consid. 4.2 p. 164 [I 427/05]; arrêt B. du 22 septembre 2005 [I 54/05]). L'octroi d'une aide au placement entre en considération lorsque l'assuré est entravé dans sa recherche d'un emploi adapté en raison du handicap découlant de son état de santé (ATF 116 V 80 consid. 6a p. 81). L'invalidité ouvrant droit au service de placement suppose donc que les difficultés éprouvées par l'assuré pour trouver un travail approprié par ses propres moyens soient dues à son état de santé (VSI 2000 consid. 2b p. 71 [I 409/98]). Ainsi, il faut qu'il y ait un lien de causalité entre l'invalidité et la nécessité d'une aide au placement (Jean-Louis DUC, L'assurance-invalidité, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème édition, ch. 153 et la note N° 210). Le droit au service de placement présuppose que la mesure soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en ce qui concerne l'assuré (SVR 2006 IV Nr. 45 consid. 4.1.1 p. 164). En effet, une mesure de réadaptation ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins

A/3801/2007 - 14/15 - partiellement, d'être réadaptée (MEYER-BLASER, op. cit. p. 85, VSI 2002 consid. 2 p. 112 [I 370/98]). Il appartiendra à l'assuré de solliciter, le cas échéant, une telle mesure.

E. 20

En conséquence, le recours sera rejeté.

A/3801/2007 - 15/15 -

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