

GE_GERICHTE ATAS/609/2010 vom 28. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_609_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/609/2010 du 28 mai 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/609/2010 del 28 maggio 2010

Erwägungen

E. 1

P _____ (ci-après le recourant), née en 1956, originaire du Jura, a toujours travaillé comme monteur électricien, notamment de juillet 2001 à janvier 2002 pour la société X _____ SA. Du 19 février 2002 au 18 février 2004, il a été inscrit à l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (ci après OCE). Ses indemnités chômage ont été calculées sur la base d'un gain assuré de 4'743 fr par mois.

E. 2

Le 7 novembre 2003, en chutant d'un petit muret, le recourant s'est fracturé le tibia et le péroné.

E. 3

Le 8 janvier 2004, les HOPITAUX UNIVERSITAIRES GENEVOIS (ci après HUG) ont transmis par courrier les réponses aux questions du rapport médical initial LAA. Une fracture du tiers distal diaphysaire du tibia gauche, une fracture du péroné proximal gauche, ainsi qu'une ostéoporose diffuse ont été diagnostiquées. Une incapacité de travail de 100% a été attestée avec la mention "voir avec contrôle orthopédique". Un compte rendu opératoire a été annexé. L'intervention du 9 novembre 2003 a consisté en un enclouage centromédullaire par clou AO alésé avec diamètre de 11mm, une longueur de 380 mm, deux verrouillages proximaux et trois verrouillages distaux.

E. 4

Par rapports médicaux intermédiaires du 28 janvier et du 10 mars 2004, le Dr A _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le médecin traitant du recourant, a diagnostiqué une fracture de la jambe gauche pas encore consolidée avec une douleur en charge au membre inférieur gauche (ci après MIG). Une reprise du travail n'est pas envisageable.

E. 5

Par avis du 30 avril 2004, le médecin conseil de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENT (ci après SUVA), sur la base du compte rendu opératoire du 9 novembre 2003, des rapports médicaux des 28 janvier et 10 mars 2004 du Dr A _____, ainsi que du rapport de visite de courtoisie du 26 avril 2004, a confirmé l'incapacité de travail totale.

E. 6

Le 10 juin 2004, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr B _____, spécialiste FMH en chirurgie a examiné le recourant et préconisé un séjour la CLINIQUE ROMANDE DE READAPTATION (ci après CRR).

E. 7

Du 19 janvier au 8 février 2005, le recourant a été hospitalisé à la CLINIQUE ROMANDE DE READAPTATION (ci après CRR), pour une réadaptation ortho-

- 4/16-

A/742/2009 traumatologique de son membre inférieure gauche suite à une fracture de la jambe gauche, traitée par enclouage. Le rapport du 6 avril 2005 retient comme diagnostics, une fracture du 1/3 distal du tibia gauche et du péroné proximal gauche, une réduction sanglante et enclouage centromédullaire du tibia gauche, et un probable conflit antérieur de la partie supérieure du clou centromédullaire du tibia gauche. A l'inspection, le recourant s'est déshabillé aisément, mais en position assise. Il se sert toujours d'une canne pour marcher, sauf pour les déplacements à l'intérieur de la maison. Une légère boiterie d'appui est présente sur le MIG, visible seulement à la marche rapide. L'appui unipodal est déclaré difficile sur le MIG, avec tremblements et importants troubles de l'équilibre. Le squat dos au mur n'est tenu que 5 secondes, environ. A la sortie, la marche s'est améliorée et se fait désormais sans canne. La flexion du genou est à 140° et passive à 150°. L'équilibre est bon et de bonnes performances en forces et durances sont à objectiver. Lors des ateliers professionnels, le recourant a essentiellement travaillé à l'informatique. Il n'envisage qu'une activité dans le domaine de l'électronique et de l'informatique, même s'il ne possède pas de CFC dans ces domaines. Sur le plan orthopédique, un conflit antérieur avec la partie supérieure du clou centromédullaire ne peut être écarté. A quatorze mois de l'ostéosynthèse initiale, la consolidation osseuse étant acquise, l'ablation du clou centromédullaire peut être proposée, en sachant que ce geste augmentera momentanément la douleur. Après discussion avec le Dr A _____, ce geste sera réalisé à dix-huit mois. Le recourant étant au chômage depuis longtemps, il convient de se prononcer sur une activité adaptée. La capacité de travail dans une activité adaptée, non contraignante pour ses genoux, sans descentes ni montés d'échelles, ni port de charges lourdes, est de 100%.

E. 8

Les rapports intermédiaires des 20 avril et 19 mai 2005 du Dr A _____, confirment les diagnostics initiaux, ainsi que la totale incapacité de travail.

E. 9

Le 19 juin 2005, le recourant a été admis à la CLINIQUE MEDICO- CHIRURGICALE DE VALERE en raison d'un status après fracture du tibia gauche traitée par ECM. Il a subi, le 20 juin 2005, une ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci après AMO).

- 5/16-

A/742/2009

E. 10

Le 11 août 2005, la SUVA a rendu visite au recourant, à son domicile. Selon l'entretien, il y a une légère amélioration depuis l'intervention du 20 juin 2005. La fracture se serait consolidée, toutefois des douleurs au niveau du genou et de la cheville gauche persistent. La flexion du genou est limitée à la marche, laquelle s'effectue presque à jambe tendue, à l'aide d'une canne et pas plus d'un quart d'heure et uniquement sur terrain plat. Les escaliers sont utilisés avec passablement de difficultés. Les dénivellations et les terrains instables sont à éviter. Malgré ces différents problèmes, le recourant ne prend plus ses médicaments et les

séances de physiothérapie ont été abandonnées. Dans l'ensemble, le recourant estime que son état de santé reste stationnaire. L'incapacité de travail demeure donc totale et indéterminée. Le recourant est conscient que, malgré ses séquelles accidentelles, il serait théoriquement apte à travailler dans son métier d'électricien, mais uniquement en atelier et en position assise. Toutefois, il n'a aucun projet professionnel pour l'instant. En effet, il estime que tant que les douleurs seront présentes, il lui sera très difficile de songer à reprendre un quelconque travail.

E. 11

Le même jour, le recourant a déposé une demande de prestations d'assurance invalidité auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI), en raison de son accident. Il a demandé une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession, une rééducation dans la même profession, un placement ainsi qu'une rente.

E. 12

Le 16 novembre 2005, le médecin traitant, dans un rapport médical, a diagnostiqué une fracture du tibia gauche et un status après ECM de la jambe gauche. Il a indiqué une incapacité de travail de 100%, dans l'activité d'électronicien, depuis le 7 novembre 2003. Cependant, un travail sédentaire, de petite manutention est envisageable à 100%, huit heures par jour.

E. 13

Le 27 septembre 2005, le Dr C_____, spécialiste FMH et en chirurgie et médecin conseil de la SUVA, a rendu un rapport d'examen médical, dans lequel il conclut à une consolidation acquise au niveau osseux, mais avec la persistance d'un syndrome algique au niveau du genou gauche, malgré l'AMO du clou centromédullaire du 20 juin 2005. Lorsque le recourant a séjourné à la CRR du 19 janvier au 8 février 2005, le clou était encore en place et malgré un examen clinique pauvre, selon le Dr C_____, il a été évoqué un conflit antérieur à la partie supérieure du clou pouvant expliquer le syndrome algique. Malgré l'AMO, le syndrome douloureux perdure et le recourant remarque actuellement avec une canne portée à droite. La situation n'étant pas claire, le Dr C_____ a fait

- 6/16-

A/742/2009 pratiquer des radiographies des genoux en charge face et profil, plus axiale des rotules des deux cotés et une arthrographie et une arthro-IRM du genou gauche. Les conclusions sont les suivantes: les données arthrographiques et arthro-IRM du genou gauche sont sans anomalie; il y a un discret pincement de l'interligne articulaire fémoro-tibial interne; il y a ni lésion méniscale objectivable, ni altération significative du cartilage au niveau fémoro-patellaire; il existe un élément modéré d'infiltration oedémato-inflammatoire des tissus mous au voisinage de l'orifice du retrait du clou. Selon le Dr C_____, la situation n'est pas stabilisée, l'incapacité de travail perdure et, est probablement définitive comme électricien.

E. 14

Le 11 janvier 2006, le Dr C_____ a rendu un nouveau rapport d'examen médical concluant que la situation du recourant ne s'était toujours pas stabilisée et que l'incapacité de travail était justifiée.

E. 15

Dans son examen médical final du 24 mars 2006, le Dr C_____ constate qu'il persiste un syndrome douloureux au niveau du genou gauche et de la jambe gauche avec une amyotrophie quadricipitale de 2-3 cm par rapport à la cuisse droite qui perdure malgré une tonification récente par des moyens physiothérapeutiques. Le recourant se plaint également de douleurs persistantes au niveau de la région du foyer de fracture et une boiterie justifiant l'utilisation d'une canne anglaise. La fonction du genou gauche et de la cheville est satisfaisante, mais avec persistance d'un "clic" rotulien à la flexion-extension, en relation avec l'amyotrophie quadricipitale. Un dommage permanent et indemnisable est présent. Le recourant ne peut plus travailler accroupi ou à genoux, monter ou descendre les escaliers ou échelles, marcher sur des longues distances (plus de 50 mètres) sans une canne, ou travailler en terrain accidenté. Pour maintenir, voire améliorer la fonction quadricipitale du membre inférieur gauche, deux séries de neuf séances de physiothérapie annuelles doivent être prise en charge, de même que les médicaments antalgiques, si nécessaire. Dans une activité respectant les restrictions ci-dessus, privilégiant la position assise, par exemple devant un établi, il pourrait avoir une activité complète.

E. 16

Par décision du 25 avril 2006, la SUVA a cessé de verser des indemnités journalières au recourant avec effet au 31 août 2006, au motif qu'il n'y a pas lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. La SUVA a aussi mis fin au paiement des soins médicaux, hormis un

- 7/16-

A/742/2009 deux contrôles par année chez le médecin traitant du recourant avec prescription de médicaments antalgiques appropriés au moyen d'ordonnance renouvelables, ainsi que deux séries de neuf séances de physiothérapie annuelles.

E. 17

Dans un rapport d'examen du SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (ci après SMR) du 25 août 2006, celui-ci se rallie sans réserve aux conclusions du médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a reconnu une incapacité de travail définitive dans l'activité d'électronicien et une capacité de 100% dans une activité adaptée.

E. 18

Par décision du 2 mai 2007, la SUVA a accordé une rente d'invalidité au recourant, sur la base d'une diminution de la capacité de gain de 20%, et une indemnité pour atteinte à l'intégrité à hauteur de 10%.

E. 19

Dans un rapport de réadaptation professionnelle du 15 octobre 2007, l'OCAI a diagnostiqué un status après fracture du tibia et du péroné gauches, ainsi qu'un enclouage centromédullaire et un AMO. Selon l'avis du SMR, la capacité de travail exigible est de 0% dans l'activité habituelle du recourant et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le recourant s'estime incapable de travailler à 100% dans un travail autre qu'à domicile car il ne supporte pas les déplacements jusqu'aux lieux de travail en raison de douleurs aggravées par les vibrations des transports en commun. A la fin de l'entretien, le recourant a indiqué que durant sa période d'inactivité, il s'est formé à l'informatique et exerce une petite activité d'assemblage et de vente de minis ordinateurs, dans son cercle de

connaissances. De plus, l'OAI a contacté le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine générale et nouveau médecin traitant du recourant, qui a indiqué qu'en plus des séquelles de la fracture de la jambe, le recourant souffrait également de neuropathies des deux membres inférieurs et d'hépatite. Le Dr D _____ n'a jamais répondu au rapport médical envoyé par l'OAI.

E. 20

Dans un avis médical du 18 décembre 2007, le SMR a indiqué que le recourant souffrait de séquelles liées à la fracture de la jambe gauche comme unique atteinte à la santé. Il s'agit d'un pur cas d'accident et que sa capacité est entière dans le cadre des limitations connues. De plus, ce dernier a déclaré ne pas pouvoir entrer en matière sur des allégations vagues et non documentées d'autres atteinte à la santé, ceci d'autant moins que le rapport de la CRR est clair: il n'y a aucune autre pathologie que les séquelles de

- 8/16-

A/742/2009 fracture. Quant à l'hypothétique hépatite, elle ne saurait de toute manière pas une maladie invalidante. Le SMR considère que ce cas ne le concerne plus et que ses conclusions du 25 août 2006 sont toujours valables.

E. 21

Dans un rapport de réadaptation professionnelle du 4 avril 2008, il est révélé que le recourant s'est montré hostile à entrer dans une démarche de reclassement professionnel malgré les explications de l'OAI sur le principe de "la réadaptation prime la rente". Des mesures théoriques ne sont donc pas indiquées dans ces conditions et une évaluation de l'invalidité doit être faite de manière théorique. L'OAI a fait le calcul suivant, pour le revenu avec invalidité, il s'est basé sur une activité simple et répétitive légère en position assise, notamment dans le domaine industriel, qui aurait été exigible dès le 9 février 2005. Il s'agit là de l'exigibilité minimale chez cet ouvrier qui a exercé de multiples activités et qui aurait vraisemblablement pu être reclassé dans un poste d'ouvrier spécialisé dans le secteur de l'horlogerie. L'OAI pense en particulier au polissage, au sertissage ou encore à l'emboîtement. La mise en valeur de cette capacité de travail résiduelle dès 2005 aurait permis au recourant de gagner un salaire de 52'041 fr. par an. Ce salaire est basé sur l'ENQUETE SUR LA STRUCTURE DES SALAIRES (ci après ESS) de 2004, TA1, valeur centrale, homme, activités simples et répétitives, soit 4'588 fr. par mois pour 40 heures par semaine, soit 4'771 fr. pour 41,6 heures par semaine (moyenne suisse) multiplié par douze, ce qui fait 57'252 fr. On ajoute une augmentation de 1% selon l'indice suisse des salaires entre 2004 et 2005, ce qui donne 57'824 fr, par an. A cela, on déduit 10% pour la limitation aux seuls travaux légers, ce qui fait 52'041 fr. par an. Le recourant était au chômage au moment de l'atteinte, son revenu ne correspondait pas à celui qu'il aurait été en mesure de réaliser par son travail et ne peut être pris comme base pour calculer le revenu hypothétique sans invalidité en 2005. L'OAI retient donc également un salaire statistique pour le revenu hypothétique sans invalidité. Dans sa dernière activité professionnelle exercée en 2001 et début 2002, il touchait le salaire "d'un monteur-électricien" qualifié. L'OCAI retient donc que le recourant disposait de connaissances professionnelles spécialisées dans ce métier. La mise en œuvre de cette capacité de travail en tant que monteur-électricien en 2005 lui aurait permis de gagner un salaire de 72'829 fr. par an. Ce salaire est basé sur l'ESS 2004, TA7, ligne 12, "mise en service, réglage et maintenance de

- 9/16-

A/742/2009 machines", hommes, connaissances professionnelles spécialisées, soit 5'778 fr. par mois pour 40 heures par semaine, soit 6'009 fr. pour 41,6 heures par semaine multiplié par douze, ce qui donne 72'108 fr. par mois et avec l'augmentation de 1% selon l'indice des salaires entre 2004 et 2005, 72'829 fr. La comparaison des gains donne un taux d'invalidité de 28,54%, arrondi à 29%.

E. 22

Le 15 avril 2008, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente limitée dans le temps. Le droit à la rente a été reconnu du 7 novembre 2004 au 28 février 2005. Depuis la consolidation osseuse de la fracture du recourant, soit à l'issue de l'hospitalisation auprès de la CRR, le 9 février 2005, le SMR a retenu une incapacité de travail dans le domaine d'électronicien de 100% et de 0% dans une activité adaptée. La comparaison des revenus conduit à un taux d'invalidité inférieur au 40% ouvrant le droit à la rente, de sorte que celle-ci a donc été supprimée au 28 février 2005.

E. 23

Le même jour, un projet de décision tendant au refus de reclassement a aussi été rendu, au motif que lors de l'entretien avec le SERVICE DE LA READAPTATION, le recourant a indiqué ne pas être d'accord avec l'exigibilité retenue par le SMR sur sa capacité de travail totale dans une activité adaptée. Il a, de plus, indiqué ne pas se sentir prêt à entrer dans une démarche de reclassement professionnel.

E. 24

Le 19 mai 2008, le Dr D_____, dans un courrier destiné à l'OAI, a indiqué être le médecin traitant du recourant depuis octobre 2006. En février 2007, il a effectué des investigations sur la santé du recourant en commençant tout d'abord par un examen électroneuromyographique du MIG, effectué par la Dresse E_____, spécialiste FMH en neurologie, qui a mis en évidence une atteinte totale du nerf péronier superficiel gauche tronculaire, ainsi que des troubles sensitifs dans le territoire des nerfs péronier superficiel gauche et saphène interne gauche. Une consultation spécialisée de neurologie auprès du Dr F_____, spécialiste FMH en neurologie, a confirmé la présence de troubles sensitifs mais pas d'autre anomalie. Une IRM lombaire effectuée en août 2007 met en évidence quelques troubles dégénératifs lombosacrés, sans conflit radiculaire permettant d'expliquer les symptômes douloureux. Une consultation multidisciplinaire de la douleur a eu lieu en avril 2008, qui a conclu à la présence de douleurs neurogènes de la jambe gauche consécutives au traitement chirurgical de la fracture de Maisonneuve et a proposé une approche médicamenteuse et physique.

- 10/16-

A/742/2009 Le bilan biologique du patient de décembre 2006, met au jour la présence d'une hépatite C chronique et active de génotype 3 avec virémie élevée, accompagnée d'une hépatite B ancienne avec disparition des Ag HbS, ainsi qu'une hépatite Delta. Un Fibroscan effectué en avril 2008 a mis à jour une stéatose hépatique, ainsi que des valeurs compatibles avec une fibrose hépatique estimée à un score METAVIR F2-F3. Sur la plan algique et orthopédique, le recourant est stationnaire. Sur le plan infectieux, il s'aggrave progressivement en l'absence actuelle de traitement, comme l'atteste l'évolution fibrotique du foie. Une nouvelle tentative d'antalgie médicamenteuse a été introduite récemment. Pour l'instant, l'antalgie ne semble pas donner de résultats probants et les nombreux effets

secondaires médicamenteux posent déjà quelques problèmes. Sur le plan infectieux, un traitement doit être discuté prochainement. Celui-ci, s'il est envisageable, est lourd sur le plan de la tolérance et influera inmanquablement sur la capacité de travail sur une durée de temps prolongée. De plus, le Dr D_____ observe que le recourant a 51 ans et qu'il se trouve en incapacité de travail depuis près de quatre ans dans son ancienne fonction d'électricien. Un reclassement professionnel lui paraît très illusoire, d'autant plus que le recourant n'est pas très enclin à ce genre de mesures. Selon le médecin traitant, l'incapacité de travail du recourant est totale depuis le 5 décembre 2006.

E. 25

Dans un avis médical sur audition du 19 juin 2008, le SMR indique avoir déjà pris en compte les séquelles, telles que les douleurs neurogènes au membre inférieur gauche, les limitations du périmètre de marche, ainsi que la canne qu'il doit utiliser. Au sujet des hépatites, le SMR indique qu'elles ne sont pas invalidantes en soi, sauf si elles entraînent de graves complications, ce qui n'est pas mentionné. De plus, un traitement contre l'hépatite doit être discuté prochainement comme l'indique l'avis médical du 18 décembre 2007. Le SMR ajoute que ce n'est pas le problème de l'AI, si le recourant est peu motivé à travailler dans une activité adaptée. En conséquence, pour le SMR, la lettre du Dr D_____ n'importe guère d'éléments nouveaux et il n'y a pas donc lieu de modifier ses conclusions.

- 11/16-

A/742/2009

E. 26

Par décision du 25 juin 2008, l'OAI a refusé un reclassement, se référant, notamment, à un entretien échangé avec un collaborateur du SMR, duquel il est ressorti que le recourant n'était pas d'accord avec l'exigibilité retenue par le SMR. De plus, le recourant a indiqué ne pas sentir prêt à entrer dans une démarche de reclassement professionnel. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

E. 27

Par décision du 4 février 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 15 avril 2008, et a accordé une rente entière du 7 novembre 2004 au 28 février 2005.

E. 28

Dans son recours du 4 mars 2009, contre la décision susmentionnée, le recourant invoque, tout d'abord que dans son avis médical, le SMR n'a pas tenté d'éclaircir la question des limitations engendrées par l'atteinte neurogène et conteste le caractère invalidant des problèmes hépatites. Il indique que l'évolution de son invalidité doit être faite sur la base des rapports des spécialistes qui l'ont personnellement examiné et non sur les avis SMR. Il conteste le fait que le SMR a continué à se fonder sur le rapport de la CRR du 5 avril 2005, alors même que de nouveaux problèmes de santé avaient été rapportés postérieurement. Sur le plan économique, le calcul du préjudice est aussi contesté. Selon le recourant, l'abattement opéré par l'OAI sur le revenu d'invalidité est insuffisant au vu de l'importance des limitations fonctionnelles. Selon le recourant, aucune réduction de la capacité de travail même sous la forme d'une diminution de rendement n'a été admise. Il n'est donc pas possible de justifier par ce biais un abattement aussi faible que celui retenu par l'office. Pour le surplus, le recourant ajoute qu'il a travaillé toute sa vie exclusivement dans le domaine de l'électricité, se retrouvant à 50 ans obligé de se tourner vers une activité pour laquelle il ne

dispose d'aucune formation ni d'expérience. Au vu de ces circonstances, le recourant estime qu'un abattement de 20 à 25% aurait dû être retenu. En admettant que le revenu d'invalide ne soit diminué que de 15%, il devrait être fixé à 49'156 fr. 20 en 2005 (4'588 fois 41,6/ 40 fois 12 fois 101/100 fois 0,85). De plus, il ajoute que l'OAI a retenu le tableau TA7 de l'ESS 2004 pour le calcul du revenu sans invalidité. Or selon la jurisprudence, ce tableau n'entre pas en considération, en l'espèce, car le recourant n'a jamais eu accès au secteur public. Ainsi, le tableau TA1 aurait dû être utilisé. De plus, avec l'utilisation du tableau TA1, le salaire de référence sans invalidité est celui auquel peuvent prétendre les hommes disposant de connaissances professionnelles spécialisées dans le secteur de la production et de la distribution d'électricité (position 40,41) dans le secteur privé, soit, en 2004, 6'638 fr. En

- 12/16-

A/742/2009 adaptant, ce montant à la durée de travail de 41,6 heures par semaine, on obtient un revenu annuel de 83'670 fr. 66, après la prise en compte de l'indexation de 2004 à 2005. En comparant ces revenus, le recourant arrive à un taux d'invalidité de 41,25%, ouvrant un droit à un quart de rente. En conclusion, le recourant demande l'annulation de la décision litigieuse, ainsi que la constatation de son droit aux prestations. Subsidiairement, le recourant demande le renvoi du dossier à l'OAI pour un complément d'instruction et une nouvelle décision, avec suite des frais et dépens.

E. 29

Dans sa réponse du 31 mars 2009, l'OAI propose le rejet du recours. Le SMR a bien examiné le rapport médical du 19 mai 2008 du Dr D_____ et a conclu que l'hépatite n'est pas invalidante en soi, sauf si elle entraîne de graves complications, ce qui n'est pas mentionné ici. L'OAI indique se rallier intégralement aux conclusions des avis médicaux du SMR, de sorte que la mise sur pied d'une nouvelle expertise, telle que demandée par le recourant, lui paraît injustifiée. En effet, le dossier contient suffisamment d'indications médicales fiables que les arguments du recourant ne peuvent mettre en doute. Il n'existe, selon l'OCAI, aucun motif pour mettre en œuvre une instruction complémentaire. Au sujet du calcul, l'OCAI se réfère à son rapport du 4 avril 2008 et confirme le taux d'invalidité de 29%, en se référant aux explications données par le SERVICE DE LA READAPTATION.

E. 30

Après plusieurs audiences et courriers, le Tribunal a invité, par ordonnance du 29 septembre confirmée le 23 octobre 2009, l'OAI à fixé un rendez-vous à l'assuré avec un réadaptateur afin d'examiner son projet professionnel.

E. 31

Lors de l'audience du 15 décembre 2009, l'assuré a confirmé qu'il concluait à l'octroi d'une aide en capital et sollicitait l'octroi d'indemnités journalières.

E. 32

Après examen de son projet avec un réadaptateur de l'OAI, l'assuré a déclaré, lors de l'audience de comparution personnelle du 23 mars 2010, que son projet était difficilement viable économiquement et irréalisable en raison de son incapacité à supporter les trop nombreux déplacements nécessaires. Les parties ont convenu qu'une expertise complémentaire était nécessaire aux fins d'établir les diagnostics précis, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, et qu'il était préférable que le Tribunal de céans

l'ordonne.

- 13/16-

A/742/2009

E. 33

Le Tribunal de céans a informé les parties par courrier du 19 avril 2010, de son intention de mettre en œuvre une expertise et leur a communiqué les questions qu'il avait l'intention de poser aux experts, tout en leur impartissant un délai au 30 avril 2010 pour se déterminer et communiquer toute cause de récusation des experts.

E. 34

Par pli du 28 avril 2010, l'OAI a indiqué ne pas avoir de motif de récusation, ni questions complémentaires à poser.

E. 35

Par pli du 30 avril 2010, l'assuré a proposé des questions complémentaires, que le Tribunal a partiellement admises et a indiqué ne pas avoir de motif de récusation à faire valoir. Il a demandé que les experts fassent procéder à un scanner en trois dimensions.

E. 36

Interrogé par le Tribunal s'agissant de l'une des questions proposées (existe-t-il des atteintes sortant de votre domaine de spécialisation et, si oui, quelle mesures d'instruction proposez-vous?), le conseil de l'assuré a expliqué, par pli du 19 mai 2010, qu'il ne disposait d'aucun certificat médical à déposer pour appuyer l'élargissement de l'expertise envisagée à d'autres spécialités, mais que le manque d'espoir de l'assuré pourrait justifier un consilium psychiatrique. Il s'agissait au demeurant d'une question classique visant à exclure la nécessité d'une instruction complémentaire.

E. 37

Le Tribunal n'a pas intégré cette question à la mission d'expertise. Attendu en droit que le Tribunal de céans est compétent en la matière (art.56 V de la loi sur l'organisation judiciaire - LOJ) ; Que la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce ; Que le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA) ; Que la question préalable à l'examen d'éventuelles prestations de l'AI à résoudre est de savoir si l'assuré a une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée; Que l'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263 ; T. LOCHER Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 2003, t.1, p. 443) ;

- 14/16-

A/742/2009 Qu'ainsi l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et qu'en particulier elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a, p. 283 ; RAMA 1985 p. 240 consid.4 ; LOCHER loc. cit.) ; Que de son côté le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire

(RAMA 1993 p. 136) ; Qu'en matière d'AI la première solution est en principe préférée, à moins que les parties ne soient d'accord avec la seconde, comme en l'espèce (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002) ; Qu'il convient d'ordonner une telle expertise laquelle sera confiée aux Drs G _____, chirurgien orthopédiste spécialiste FMH en traumatologie sportive, et H _____, neurologue spécialiste FMH ; Qu'en application de l'art. 39 de la loi sur la procédure administrative (LPA), les parties ont indiqué, dans le délai imparti, qu'elles n'avaient pas de cause de récusation contre les experts; ***

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