

GE_GERICHTE ATAS/907/2010 vom 7. September 2010

GE Cour de justice, 2010-09-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_907_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/907/2010 du 7 septembre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/907/2010 del 7 settembre 2010

Erwägungen

E. 1

a) 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). b) 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur une décision de refus du 27 mai 2010, suite à un demande de prestation du 28 mai 2009. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des

A/2193/2010 - 7/14 - modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

E. 2

a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 9 mars 2010, qui a été confirmé par la décision du 27 mai 2010, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 27 juin 2010. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

Le litige porte sur l'octroi de mesures d'ordre professionnel, singulièrement sur une aide au placement.

E. 4

a) Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1er). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). b) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une

maladie ou d'un accident. 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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

A/2193/2010 - 8/14 - 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 d'invalide 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 (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (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 permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble

exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

A/2193/2010 - 9/14 -

E. 5

a) Selon l'article 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. L'article 18 LAI prévoit que l'assuré qui présente une incapacité de travail (art. 6 LPG) et qui est susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi, un conseil suivi afin de conserver un emploi. L'art. 18 al. 1 première phrase LAI, dans sa teneur selon la nouvelle du 21 mars 2003 ([4e révision de l'AI], en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007), disposait que 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. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la nouvelle du 6 octobre 2006 [5e révision de l'AI], en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit: a. à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b. à un conseil suivi afin de conserver un emploi. b) Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement (art 17 LAI) est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimes, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). Le Tribunal fédéral a rappelé que la jurisprudence précitée n'a jamais fait mention de la condition d'une perte de gain de 20 % s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi, outre le reclassement (9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Selon la jurisprudence, les raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 consid. 6a p. 81). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt [du Tribunal fédéral des assurances] I 421/01 du 15 juillet 2002, consid. 2c in VSI 2003 p. 274 s.), principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurerait valable également après l'entrée en vigueur de la 4e révision de l'AI (arrêt I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR

A/2193/2010 - 10/14 - 2006 IV Nr. 45 p. 162) et après l'entrée en vigueur de la 5e révision de l'AI (ATF 9C_416/2009, du 1er mars 2010).

E. 6

a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert

A/2193/2010 - 11/14 - (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 7

Dans le cas d'espèce, le Tribunal retiendra que le rapport médical du Dr P _____, auprès du SMR a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence précitée, étant précisé que ses conclusions ne sont contredites par aucun autre avis médical. Tous les autres médecins consultés mentionnent les mêmes limitations fonctionnelles, sans se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une profession adaptée. Il faut ainsi admettre que l'assuré était pleinement capable de travailler dans toute activité dès la fin des conséquences du 1er accident, fin avril 2001 jusqu'au 1er janvier 2007, puis pleinement capable de travailler dans une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1er janvier 2007, soit sans position accroupie, à genoux, sans descente ou de montée répétée d'escalier, escabeau ou échelle, pas de travail en terrain inégal, pas de marche au-delà d'un kilomètre, sans halte, pas de position statique plus d'une heure et pas de position statique

debout plus de 20 minutes. Compte tenu de ce qui précède, l'assuré peut travailler, comme le relève l'OAI dans une profession non qualifiée respectant ses limitations, soit en particulier dans l'industrie légère qui permet une activité alternant les positions assise et debout. Compte tenu du fait que l'assuré n'a pas travaillé depuis 2005, il lui serait défavorable de se fonder sur le dernier revenu qu'il réalisait avant l'atteinte à la santé (3'351 fr/mois auprès de X_____), malgré une réévaluation à 2008, de sorte qu'il y a lieu de se baser sur les salaires ressortant des statistiques fédérales prise en compte par l'OAI. Le calcul effectué par l'OAI n'est pas critiquable, car l'abattement de 10% sur le revenu d'invalidité tient compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, aucun autre critère permettant de retenir un abattement plus important n'étant réalisé. Le taux d'invalidité de l'assuré est ainsi de 10%, ce qui n'ouvre pas de droit à un reclassement, étant par ailleurs précisé que le taux de 20% est une condition nécessaire, mais n'est pas une condition suffisante pour l'octroi d'une mesure de reclassement. Reste à examiner si l'assuré est entravé par ses problèmes de santé dans la recherche d'un emploi approprié, ce qui pourrait justifier l'octroi d'une mesure d'aide au placement. Conformément à l'appréciation du médecin du SMR, l'assuré a une pleine capacité de travail dès le 1er janvier 2007, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit sans position accroupie, à genoux, sans descente ou de montée répétée d'escalier, escabeau ou échelle, pas de travail en terrain inégal, pas de marche au-delà d'un kilomètre, sans faire une halte, pas de position statique plus d'une heure et pas de position statique debout plus de 20 minutes.

A/2193/2010 - 12/14 - Ainsi, à partir de ce moment-là, on pouvait raisonnablement exiger de l'intimé qu'il reprenne toute activité professionnelle, quelle qu'elle soit, pour autant que les limitations fonctionnelles décrites plus haut soient respectées. Attendu que l'assuré présente depuis le 1er janvier 2007 une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité légère adaptée à ses limitations et qu'aucun médecin n'atteste qu'il soit entravé par ses problèmes de santé dans la faculté de rechercher un emploi approprié, les conditions du droit à une aide au placement selon l'art. 18 al. 1 LAI ne sont pas remplies. Les pièces du dossier permettant d'ailleurs d'établir que les limitations fonctionnelles de l'assuré ne l'empêchent pas de faire des recherches sur Internet, se rendre au centre ville pour des entretiens d'embauche ou une inscription dans une entreprise de placement et qu'il maîtrise suffisamment la langue française pour rédiger des demandes d'emploi. Il convient à cet égard d'ajouter, d'une part, que l'assuré a déjà bénéficié d'une forme d'aide au placement dispensée par l'Office cantonal de l'emploi en septembre 2008 et, d'autre part, que ses difficultés à trouver un emploi sont, au degré de la vraisemblance prépondérante, dues à l'inadéquation entre le marché de l'emploi et son parcours professionnel. En effet, malgré une capacité de travail totale dans toute profession, sans être limité par les douleurs à son genou droit, l'assuré a irrégulièrement travaillé de 2001 à 2005 et n'a pratiquement plus travaillé depuis août 2005. En conséquence, il n'est pas nécessaire d'examiner s'il appartient à l'expert de se prononcer sur l'opportunité d'une mesure d'aide au placement, étant précisé qu'en aucun cas la mention faite par le Dr P_____ ne saurait être comprise comme un engagement de l'administration à cet égard. Est déterminant en l'espèce le fait que ce médecin a jugé utile de préciser que l'assuré était dynamique et désireux de retrouver une activité à plein temps, ce qui est positif et n'a pas à être mis en doute par le Tribunal de céans. Il ressort toutefois des dispositions légales applicables qu'une aide au placement, si elle est utile, ne relève pas de l'assurance invalidité, mais, le cas échéant, de l'assurance chômage auprès de laquelle l'assuré est d'ailleurs inscrit.

E. 8

a) Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et il doit être rejeté. b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

A/2193/2010 - 13/14 - Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2193/2010 - 14/14 -

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