

GE_GERICHTE A/2066/2010 vom 14. September 2010

GE Cour de justice, 2010-09-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2066_2010

FR: GE_GERICHTE A/2066/2010 du 14 septembre 2010

IT: GE_GERICHTE A/2066/2010 del 14 settembre 2010

Erwägungen

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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). c) La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui

s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les références). Néanmoins, même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel peu être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui est dans l'intérêt ni de l'intimé, ni de l'assuré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.5). Dans un récent arrêt, le Tribunal administratif fédéral a annulé une décision de l'office AI pour les assurés à l'étranger pour violation grave du droit d'être entendu, car la recourante n'avait pas reçu toutes les pièces du dossier de sorte qu'elle n'était pas en mesure de rédiger une écriture de recours motivée. Le Tribunal fédéral a précisé qu'en ne joignant pas au projet de décision (préavis) la documentation médicale déterminante, qui a permis à l'autorité de se forger une opinion, l'office ignore les buts de la procédure d'audition préalable à la décision qui sont de permettre au destinataire de comprendre les raisons qui ont conduit l'office à trancher de cette façon plutôt que d'une autre. Dans ce cas-là l'office AI aurait dû joindre à son préavis les avis du SMR sur lesquels il s'était fondé (arrêt du Tribunal administratif fédéral du 4 mars 2010 dans la cause C-6355/2009). La garantie de la double instance doit être mise en relation avec le droit d'être entendu, avec lequel elle se confond dans une certaine mesure tout au moins ; elle n'est pas, en tant que telle dans le domaine du droit administratif, une garantie générale de procédure ou un droit constitutionnel des citoyens (ATF non publié du 17 août 2000, 1A.17/2000). Il s'agit pour les parties d'éviter qu'une réparation de la violation du droit d'être entendu n'ait pour conséquence de les priver de la possibilité de faire valoir leurs arguments devant deux autorités successives (ATFA non publié du 8 novembre 2002, I 431/02, consid. 3.1). Dans le cas d'espèce, le recourant estime que l'OAI a violé son droit d'être entendu en adressant à son avocat les pièces du dossier au-delà du délai de 30 jours fixé pour faire valoir ses observations au projet de décision du 2 mars 2009. Il s'avère en effet que l'avocat a sollicité le dossier le 12 avril 2009 (par fax), et a formulé des observations le 16 avril 2009, soit avant d'avoir pu prendre connaissance du dossier posté par l'OAI le 19 et reçu le 20 avril 2009. En premier lieu, il faut considérer que le délai de 30 jours fixé par l'OAI aux assurés pour faire part d'objections ou pour demander des renseignements complémentaires sur le projet peut être prolongé, contrairement à ce qui figure sur les projets de décision, la loi réservant le droit d'être entendu de l'assuré (art. 57a LAI). A cet égard, il est dans l'intérêt de tous qu'un mandataire puisse avoir connaissance du dossier avant de rédiger des observations, pour pouvoir, le cas échéant utilement conseiller son client et éviter d'inutiles procédures. D'ailleurs, les quelques jours généralement sollicités pour se déterminer en connaissance des pièces peuvent, s'ils sont utilisés avec compétence, raccourcir

considérablement la procédure. En second lieu toutefois, les pièces essentielles du dossier étaient connues de l'assuré, puisque la décision est surtout fondée sur le rapport de la clinique romande de réadaptation mandatée par la Suva et qui a été communiqué le 20 avril 2009 aux deux médecins traitants de l'assuré par la clinique. Les divers avis des médecins mandatés par la SUVA ont aussi été adressés au médecin de l'assuré. Ce dernier pouvait donc transmettre à son conseil les pièces utiles pour déterminer les objections à faire. En troisième lieu, l'assuré, ou son assurance de protection juridique pouvaient solliciter copie du dossier à réception de la décision de l'OAI, entre le 3 et le 7 mars 2010, sans attendre la constitution d'un avocat début avril et l'échéance du délai de 30 jours prolongé au 20 avril 2009, en raison de la suspension des délais durant les fêtes de pâques. En dernier lieu, il s'avère que l'OAI a répondu aux objections formulées par le conseil de l'assuré dans sa décision. Compte tenu de l'ensemble des motifs qui précède, il faut considérer que le droit d'être entendu de l'assuré n'a pas été violé dans le cas d'espèce et, surtout, que même s'il l'avait été, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel serait exclu, par économie de procédure, car cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige. L'assuré fait ensuite valoir que l'OAI aurait dû mettre sur pied une expertise, compte tenu des contradictions entre les avis ressortant du dossier de la SUVA et ceux de ses médecins traitants. Ce grief est indiscutablement mal fondé. D'une part, la jurisprudence reconnaît pleine valeur probante aux expertises et rapports médicaux émanant des médecins mandatés par un assureur, pour autant qu'ils répondent aux réquisits jurisprudentiels. Dans le cas d'espèce, il faut admettre que le rapport médical de la clinique romande de réadaptation du 20 avril 2009, qui est très complet, est fondé sur une anamnèse détaillée, des examens du patient par des spécialistes en chirurgie orthopédique et en psychiatrie, l'examen et l'analyse des clichés et l'examen de l'ensemble du dossier médical. Il est de plus complété par un suivi d'un physiothérapeute durant le séjour à la clinique et une évaluation des capacités fonctionnelles. L'appréciation et la discussion sont convaincantes, en particulier s'agissant du fait qu'il n'y a aucune explication clinique ou radiologique aux douleurs alléguées deux ans après une contusion de la cheville ayant touché le tendon d'Achille. Il s'avère par ailleurs que les conclusions de ce rapport sont concordantes avec celles des médecins mandatés par la Suva, en particulier l'expertise de la Dresse B _____ d'août 2007, l'avis du Dr E _____, spécialiste en orthopédie chirurgicale, d'avril 2008, puis confirmées par un nouvel examen complet du cas par le Dr I _____, spécialiste en chirurgie fin septembre 2009. D'autre part, la jurisprudence contraint l'administration, cas échéant le juge, à ordonner une nouvelle expertise si les médecins de l'assuré ou d'autres spécialistes font état d'éléments vérifiables ayant été ignorés dans l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre l'expertise en cause. Dans le cas d'espèce, tel n'est manifestement pas le cas. La Dresse A _____ se contente d'affirmer depuis avril 2007 sans aucune nuance ni motivation que son patient ne peut plus travailler comme storiste en raison des douleurs alléguées et de nombreuses limitations fonctionnelles, dont la station debout. Le Dr C _____ admet une amélioration nette depuis février 2009, les douleurs réapparaissant lors d'efforts prolongés, puis reconnaît, suite au rapport susmentionné d'avril 2009, que son patient peut travailler à 100% dans une activité adaptée comme celle de gérant technique d'immeuble, les limitations fonctionnelles retenues n'étant expliquées par aucun élément objectif autre que les douleurs alléguées par le patient, qui prend toutefois rarement des analgésiques. Le Tribunal retiendra donc que l'OAI est fondée à se baser sur le dossier de la SUVA pour retenir que l'assuré est capable de travailler en qualité de storiste à 100% en tout cas depuis le 14 avril 2009, en l'absence de diagnostic

invalidant et objectivant les douleurs de l'assuré au tendon d'Achille suite à une entorse de la cheville consécutive à un coup reçu lors d'un match de football en avril 2007. A noter que la Dresse B _____ estimait qu'une reprise du travail était envisageable en septembre 2007 déjà et que le Dr E _____ retenait que l'examen clinique ne justifiait plus d'arrêt de travail en janvier 2008. L'assuré, contestant sa capacité de travail entière dans son métier de storiste, estime qu'il a droit à un reclassement ou à toute autre mesure de réadaptation professionnelle. Le fait qu'un assuré ne puisse plus travailler dans son métier n'implique pas ipso facto un droit au reclassement, voire à une formation complète dans une autre profession, encore faut-il qu'il soit invalide à 20% au moins et que la mesure soit adéquate et nécessaire. Dans le cas d'espèce, le taux d'invalidité est nul, car l'assuré peut travailler dans son métier de storiste. En admettant que tel ne soit pas le cas, le taux d'invalidité de 20% n'est tout de même pas atteint. La comparaison des revenus fondée sur un calcul favorable à l'assuré tenant compte de la variation des salaires nominaux, entre celui qui était le sien (63'050 fr./an en 2007), soit 65'635 fr. en 2009 et ceux ressortant des statistiques suisses ESS selon TA1, homme, niveau 4, total ou activités immobilières (ligne 70/71), en 2008, pour 41,7 heures de travail (60'123 fr. pour le total et 58'672 fr pour les activités immobilières) soit 61'386 fr ou 59'904 fr en 2009, aboutit à un taux d'invalidité allant de 6,9% à 9,5%, qui n'est pas suffisant pour ouvrir un droit à un reclassement. Au demeurant, l'assuré bénéficie dans le cadre de l'assurance chômage d'une mesure similaire à un reclassement, soit un stage dans une régie immobilière. Le fait qu'il n'y ait pas d'emploi immédiatement disponible à l'issue du stage ne relève pas de l'assurance invalidité. L'aide au placement (art. 18 LAI) ne se justifie pas, dès lors que l'atteinte à la santé et les limitations fonctionnelles alléguées n'occasionnent pas de difficultés dans la recherche d'un emploi, l'orientation professionnelle est inutile car l'assuré peut faire son travail et a de plus déjà trouvé une autre orientation dans le domaine de l'immobilier et les autres mesures d'ordre professionnel (formation professionnelle initiale, aide en capital, allocation d'initiation au travail) ne sont pas prévues pour le cas de l'assuré. 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 1^{er} 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). Un émoulement de 200 fr. sera ainsi mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

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