

## **GE\_GERICHTE A/2193/2010 vom 7. September 2010**

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2193\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2193_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/2193/2010 du 7 septembre 2010

IT: GE\_GERICHTE A/2193/2010 del 7 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). 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 1<sup>er</sup> accident, fin avril 2001 jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2007, puis pleinement capable de travailler dans une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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. 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 1<sup>er</sup> 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.

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<sup>er</sup> 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 émolument 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.