

# **GE\_GERICHTE ATAS/1086/2014 vom 15. Oktober 2014**

GE Cour de justice, 2014-10-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1086\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1086_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1086/2014 du 15 octobre 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1086/2014 del 15 ottobre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS/GE E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1er janvier 2004, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 6 décembre 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

#### **E. 4**

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA) et du fait que la décision du 6 décembre 2013, notifiée par pli simple, a été reçue le 12 décembre 2013, le recours du 27 janvier 2014, interjeté dans la forme prévue par la loi, est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA; RS/GE E 5 10).

#### **E. 5**

L'objet du litige porte, d'une part, sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit du recourant à une rente suite à sa nouvelle demande de prestations déposée le 9 février 2011, étant rappelé que selon la décision initiale de 1998, le droit à la rente d'invalidité était limité du 1er juillet au 31 décembre 1997. D'autre part, il s'agit de déterminer si le recourant peut prétendre à l'octroi de nouvelles mesures de réadaptation.

#### **E. 6**

Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201] ; ATF 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références). Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_412/2010 du 22 février 2011). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités ; sur les motifs de révision en particulier: Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

A/227/2014 - 11/21 - Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

## **E. 7**

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 et 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).

## **E. 8**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

A/227/2014 - 12/21 -

## **E. 9**

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 LPGA), 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins-traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins-traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

## **E. 10**

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

A/227/2014 - 13/21 - 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

### **E. 11**

En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu si la situation du recourant a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à la rente, étant rappelé que cette dernière peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important.

### **E. 12**

a. Par une première décision de 1998 entrée en force, l'intimé a refusé au recourant l'octroi d'une rente au-delà du 31 décembre 1997, au motif que le degré d'invalidité était insuffisant. Il s'était alors fondé sur le rapport final du médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel avait notamment constaté une amyotrophie du quadriceps droit de 1 cm par rapport au côté gauche, l'absence de liquide au genou droit et une flexion complète avec une hyperextension de 10° des deux côtés. Il avait conclu que l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible depuis l'accident de 1996, mais qu'une activité adaptée ne requérant ni la surcharge du genou droit ni la nécessité de s'agenouiller ou de s'accroupir fréquemment, et permettant une alternance des positions assise et debout, était possible à plein temps et avec un rendement total, dès décembre 1997. b. Suite à la seconde demande de prestations déposée par le recourant le 9 février 2011, l'intimé a procédé à une instruction médicale approfondie et mis en œuvre une expertise. Le Dr H\_\_\_\_\_ a notamment relevé de discrets signes d'arthrose, en l'état non décompensée sur le plan radiologique, et a clairement exposé que la situation n'avait que peu évolué depuis le rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA, dont les conclusions restaient identiques sur le plan orthopédique. Il a confirmé que

A/227/2014 - 14/21 - l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible depuis 1996 et que la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement, dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées en 1997, ajoutant qu'un travail exigeant une attention auditive particulière était contre-indiqué en raison de l'hypoacousie.

### **E. 13**

juillet 2011). Dans ces conditions, force est de conclure que les rapports de ce médecin n'établissent pas l'existence d'une modification sensible de l'état de santé du recourant. En outre, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté, à réitérées reprises, que l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible (rapports des 18 mars, 13 juillet et 29 novembre 2011) et qu'étaient déconseillées, les tâches en positions debout, accroupie, à genoux, en alternance des positions assise et debout, en terrain irrégulier, ou encore celles impliquant le port de charges ou la montée d'escaliers. Il n'a donc jamais considéré que la capacité de travail du recourant serait nulle dans toute activité, mais a uniquement retenu des mesures classiques d'épargne du genou déjà signalées en 1997. Ces documents confirment donc que la capacité de gain du recourant n'a pas subi de changement important depuis la décision initiale. Partant, la chambre de céans constate que le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Elle fera donc siennes ses conclusions et retiendra que l'atteinte orthopédique ne s'est pas sensiblement modifiée depuis 1997. b. S'agissant du diagnostic d'hypoacousie, une aggravation est signalée depuis 2003, sans que la survenance de cette atteinte ne soit expressément datée. Le Dr H\_\_\_\_\_ a relevé que le recourant devait éviter les activités requérant une attention auditive particulière. Quant au Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste en

oto-rhino-

A/227/2014 - 15/21 - laryngologie, il a clairement exposé que l'hypoacousie ne justifiait aucune incapacité de travail puisque le recourant avait facilement pu la surmonter grâce à un appareillage binaural et que seule une ambiance bruyante devait être écartée (rapport du

### **E. 15**

a. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. abis) et des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b). b. Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre 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. 111 consid. 2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

A/227/2014 - 17/21 - On rappellera encore qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances 9C\_464/2009 du 31 mai 2010). c. Selon la Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel de l'Office fédéral des assurances sociales (CMRP, valable dès le 1er janvier 2014) n'entrent en considération, pour l'octroi de prestations, que les mesures qui correspondent aux capacités et, dans la mesure du possible, aux dispositions des assurés et qui visent à atteindre le but de la réadaptation de manière simple et adéquate. Cette exigence implique qu'il existera un rapport raisonnable entre la durée et les coûts de la mesure d'une part et le résultat économique (au sens de l'efficacité de la réadaptation) d'autre part (CMRP § 1006).

### **E. 16**

a. Conformément à l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. b.

Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée ou pour exercer l'activité exercée jusqu'alors (ATF 114 V 29 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références). Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent (ATF 114 V 29 consid. 1a ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 203). L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 11/99 du 15 octobre 1999 consid. 6). Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité (ATF 114 V 29 consid. 1a). L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests

A/227/2014 - 18/21 - d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 552/86 du 27 novembre 1987 consid. 4a, in RCC 1988 p. 191). c. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat (CMRP § 2001). Elle incombe à l'office AI, lequel peut ordonner, à côté des méthodes et mesures habituelles d'orientation professionnelle, dont les stages pratiques, un examen plus étendu dans des centres spécialisés de formation professionnelle ou de réadaptation, sur le marché libre ou dans des centres d'observation professionnelle (COPAI). Cet examen sera effectué d'après un programme spécifiquement établi ou standardisé précisant clairement l'objectif (CMRP § 2003).

#### **E. 17**

a. Aux termes de l'art. 14a LAI, l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (al. 1). Sont considérées comme mesures de réinsertion les mesures socioprofessionnelles (let. a) et d'occupation (let. b) qui visent la réadaptation professionnelle (al. 2). b. Se prononçant sur le sens de l'art. 14a LAI dans le cadre d'une procédure visant à la coordination de la jurisprudence conformément à l'art. 23 LTF, les deux Cours de droit social du Tribunal fédéral réunies ont décidé, le 18 novembre 2010, que le droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle suppose que l'assuré présente une incapacité de travail de 50 % au moins non seulement dans sa

profession (art. 6 première phrase LPGA), mais également dans une autre profession ou un autre domaine d'activités (art. 6 seconde phrase LPGA) (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_597/2010 du 7 février 2011 consid. 2.2 ; pour les motifs qui conduisent à une telle interprétation, cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_303/2009 du 14 décembre 2010 consid. 7.a).

c. La Circulaire sur les mesures de réinsertion de l'Office fédéral des assurances sociales (CMR, valable à partir du 1er janvier 2012) précise que, à partir d'une capacité de travail de 50 %, l'aptitude à la réadaptation est considérée comme acquise, et qu'il y a lieu de prévoir directement des mesures d'ordre professionnel. Celles-ci visent notamment à créer les conditions professionnelles d'une réinsertion dans la vie active et à entraîner les intéressés à les remplir. C'est ainsi qu'une personne ayant une capacité de travail d'au moins 50 % et qui est objectivement et subjectivement apte à la réadaptation peut voir cette capacité augmentée ou stimulée grâce à un entraînement au travail. En revanche, les mesures de réinsertion ont pour but essentiel de rendre aptes à la réadaptation des personnes qui ont une capacité de travail inférieure à 50 % (CMR § 1027).

A/227/2014 - 19/21 -

### **E. 18**

a. Conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA (voir également l'art. 7 al. 1 LAI), les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. b. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 4.1 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_100/2008 du 4 février 2009 consid 3.2 et les références).

### **E. 19**

En l'occurrence, il ressort clairement des pièces versées à la procédure que le recourant présente une pleine et entière capacité de travail, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée, et ce depuis décembre 1997. Eu égard à la jurisprudence fédérale, force est de constater que le droit à des mesures de réinsertion n'est pas ouvert. Reste donc à déterminer si le recourant peut prétendre à l'octroi de nouvelles mesures de réadaptation, étant rappelé que l'intimé lui reproche un manque d'engagement et estime avoir rempli son obligation en organisant une orientation professionnelle, laquelle comprenait un réentraînement au travail.

## **E. 20**

La chambre de céans observe en premier lieu que l'orientation professionnelle mise en œuvre a permis de confirmer, à l'issue de stages effectués aux EPI entre le 26 août et le 11 octobre 2013, que les capacités physiques du recourant étaient compatibles avec des activités légères et pratiques en position assise lui permettant de se lever pour se détendre, et que ses facultés d'apprentissage lui permettaient de réaliser des activités simples et répétitives. Toutefois, il était relevé que le recourant était déconditionné et n'avait plus le rythme du monde du travail après tant d'années d'inactivité professionnelle. Un réentraînement progressif de six semaines a été mis en place, mais après s'être présenté les deux premiers jours, le recourant a produit des certificats médicaux jusqu'à l'issue de la mesure.

A/227/2014 - 20/21 - Cette absence pour raisons médicales ne suffit pas à conclure à un manque de faculté subjective qui permettrait de considérer que de nouvelles mesures d'ordre professionnel seraient vouées à l'échec. Il y a notamment lieu de rappeler que selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être refusées si l'assuré ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à une mesure de réadaptation professionnelle exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Toutefois, une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Or, l'intimé n'a pas effectué une telle sommation légale de sorte que la cause devra lui être renvoyée pour qu'il procède conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA, avant de statuer formellement sur le droit aux mesures d'ordre professionnel en fonction de la suite que le recourant aura donné à cette mise en demeure. Cela étant, il sied de relever qu'il paraît illusoire que le recourant, âgé de 53 ans, déconditionné par près de 20 ans d'inactivité professionnelle, désormais incapable d'exercer un métier physique alors que sa dernière activité était un travail de maçon, puisse retrouver un quelconque emploi par ses propres moyens. L'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle supplémentaire financée par l'intimé apparaît indispensable pour lui permettre un retour à la vie active et influencer positivement sa capacité de gain. D'ailleurs, le rapport des EPI précise qu'une longue période de réentraînement serait la meilleure solution pour une réinsertion progressive. En outre, prononcer de nouvelles mesures respecterait le principe selon lequel doit exister un rapport raisonnable entre la durée et les coûts de la mesure d'une part et l'efficacité de la réadaptation d'autre part, étant notamment rappelé que l'intimé n'a jamais mis en œuvre la moindre mesure avant 2013, et ce en dépit des conseils formulés par la Clinique de Bellikon en 1997, et a servi par erreur une rente au recourant pendant quatorze ans, contribuant ainsi à son déconditionnement. En cas de succès, l'assuré devrait pouvoir bénéficier d'autres mesures d'ordre professionnel.

## **E. 21**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 6 décembre 2013 annulée au sens des considérants. Le recourant, représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'espèce à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 1 LPA). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

A/227/2014 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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