

GE_GERICHTE ATAS/1088/2010 vom 27. Oktober 2010

GE Cour de justice, 2010-10-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1088_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1088/2010 du 27 octobre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1088/2010 del 27 ottobre 2010

Erwägungen

E. 1

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

A/4339/2009 - 8/20 - 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Le recours remplissant par ailleurs les conditions de recevabilité (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

E. 3

Est litigieuse en l'espèce la question du droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2008, ainsi qu'à des mesures de réadaptation professionnelle.

E. 4

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Le 1er janvier 2008 est entrée en force la novelle du 6 octobre 2006 (5ème révision AI). Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui a trait plus particulièrement à l'application des dispositions nouvelles de la LAI, la lettre-circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 de l'OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES reprend le principe ci-dessus évoqué. En effet, elle expose clairement que si le cas d'assurance survient avant le 1er janvier 2008, c'est l'ancien droit qui est applicable. Si la survenance du cas d'assurance a lieu par contre ultérieurement, c'est le nouveau droit qui trouve application, des facteurs externes aléatoires telle la date de dépôt de la demande ou de la décision se révélant sans influence (avec une exception pour les octrois de rente lorsque le délai de carence se trouve à cheval sur l'ancienne et la nouvelle législation). S'agissant des règles de procédure, elles s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 5

En l'espèce, la demande a été déposée le 23 janvier 2008. Toutefois, la date à laquelle est survenue l'incapacité de travail est bien antérieure au 1er janvier 2008. En effet, il ressort de

la décision attaquée, d'une part, que la survenance du droit aux prestations a eu lieu le 27 février 2007. D'autre part, le début de l'incapacité de travail durable date de courant 2005 selon les avis médicaux au dossier. Quelle que soit la date considérée, l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions de la LAI est de toute évidence postérieure à la survenance du droit, de sorte que ce sont les dispositions de la législation dans leur teneur applicable avant le 1er janvier 2008 qui sont déterminantes.

A/4339/2009 - 9/20 -

E. 6

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). 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 donc les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 261 consid. 4 et les références). c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 précité ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 ss).

E. 7

a) Dans le cas présent, le recourant a été soumis à une expertise médicale conduite par le docteur N_____, spécialiste en neurologie. Ce médecin a rendu un rapport complet, détaillé, fondé tant sur ses propres constatations, que sur les plaintes de l'intéressé et les pièces du dossier. Ses conclusions sont dûment motivées et cohérentes avec le contenu de

son rapport, de sorte qu'il y a lieu

A/4339/2009 - 10/20 - d'accorder pleine valeur probante à ce dernier. Contrairement à ce que soutient l'assuré, l'expert ne s'est pas limité à prendre en considération ses déclarations relatives à la capacité de travail pour fixer celle-ci. Au contraire, il a fait état des raisons qui l'ont amené à retenir une capacité de travail de 80 %, éventuellement améliorable à 90 % moyennant poursuite et résultat d'un traitement médicamenteux. Dans la mesure où le recourant a attendu la fin de la procédure probatoire devant la juridiction de recours pour faire valoir des difficultés à exécuter ses tâches lors du stage à 50 % en qualité de technicien en informatique, ses propos ne sauraient se voir attacher une importance prépondérante. En effet, il convient de retenir les premières déclarations de l'intéressé, qui ne pouvaient être influencées par l'issue éventuelle de la procédure. Or, il appert que le recourant ne s'est jamais plaint de problèmes particuliers lors de son stage. Il a même plutôt fait état de ce qu'il avait assumé ce dernier à l'entière satisfaction de son « employeur » et de son assistante sociale. Quant, enfin, à la problématique de la marche rendue pénible après une période prolongée en position assise, elle n'est pas contestée mais n'a pas été retenue, à juste titre, par le médecin expert dans ses conclusions sur la capacité de travail résiduelle. Cette problématique se révèle effectivement sans incidence sur la capacité à travailler dans une activité adaptée, puisqu'une profession en position assise est recommandée. Pour conclure au sujet - litigieux - de la détermination médicale de la capacité de travail, il sied de se prononcer sur les conclusions (partiellement divergentes) du médecin traitant. Celui-ci admet une incapacité de travail de 50 %. Or, son opinion n'est pas motivée à suffisance pour remettre en question les conclusions de l'expert qui, il faut le rappeler, se prononce sur la base d'un mandat différent de celui qui lie le médecin traitant à son patient. Ce second praticien est en effet enclin, en cas de doute, à aller dans le sens de son patient, en raison du lien de confiance qui l'unit à celui-ci, lien de confiance nécessaire à la bonne exécution du mandat de soins (cf. ATF 124 V 175 consid. 4 et les références). En conséquence, ce n'est que dans des cas particuliers qu'un tribunal s'écartera de l'avis exprimé par un expert au profit de celui du médecin traitant. Le plus souvent d'ailleurs, une nouvelle expertise sera ordonnée ; une telle mesure n'est toutefois pas utile dans le cas d'espèce. b) Il suit de tout ce qui précède que le Tribunal de céans retiendra une incapacité totale d'exercer une quelconque activité à compter du 27 février 2006, jusqu'à fin 2007. Dès cette date, une capacité de travail résiduelle de 80 % est reconnue dans une activité adaptée, à savoir une profession s'exerçant en position assise (travail de bureau), sans effort physique, port de charges ni marche rapide. La seule incertitude qui demeure en regard de l'expertise du docteur N_____ est le début de l'incapacité de travail durable. Ce médecin considère qu'une telle incapacité, de 20 %, s'est installée dans le courant de l'année 2005, mais ne précise pas à quel moment. Des renseignements suffisants ressortent cependant du rapport du 2 juin 2008 du docteur L_____. Ce dernier expose en effet que le recourant le consulte de façon continue depuis le 13 avril 2005 pour les problèmes liés à la

A/4339/2009 - 11/20 - myélopathie cervicale. Par conséquent, on peut en déduire que l'incapacité de travail de 20 % s'est installée à compter de la première consultation auprès du médecin-traitant.

E. 8

a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur - applicable au cas d'espèce - en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (repris sans changement à l'art. 28 al. 2 LAI depuis le 1er janvier 2008), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de

rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). La comparaison des gains s'effectue, en règle ordinaire, 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). On ajoutera qu'en ce qui concerne le calcul du taux d'invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus, sont déterminants les rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). b/aa) Conformément à l'art. 29 al. 1 aLAI, le droit à la rente naît après que la personne assurée a présenté une incapacité de travail moyenne de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable et qui, à l'échéance de ce délai d'attente, présente encore une incapacité de gain durable de 40 % au moins. Le délai d'attente est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail indiscutable au vu des circonstances, une réduction de la capacité de travail de 20 % étant d'ailleurs, en règle générale, déjà considérée comme significative (cf. Pratique VSI 1998, p. 126). Le calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente peut être effectué en mois ou en jour. La formule suivante s'applique : (A mois à X % d'incapacité de travail) + (B mois à Y % d'incapacité de travail) + (C mois à Z % d'incapacité de travail) + ... = 12 mois à 40 % au moins d'incapacité de travail (cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 2018).

A/4339/2009 - 12/20 - En ce qui concerne l'incapacité de travail, on se réfèrera au taux défini médicalement par rapport à l'activité lucrative habituelle. b/bb) Dans le cas du recourant, c'est une incapacité de travail de 20 % qui est à considérer jusqu'au mois de janvier 2006, puis une incapacité de travail totale. En application de la formule précitée, le délai de carence était échu en avril 2006 (9 mois à 20 % d'incapacité de travail) + (3 mois à 100 % d'incapacité de travail) = 40 % d'incapacité de travail moyenne [180 % + 300 % : 12 mois = 40 %]. A ce moment, le recourant présentait un taux d'invalidité de 100 %, puisqu'il était totalement incapable d'exercer une quelconque activité. Il en résulte que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du mois d'avril 2006 et non 2007 (à noter qu'incapacité de travail et incapacité de gain - cette dernière notion étant identique à celle du taux d'invalidité - devant être clairement distinguées [cf. Circulaire, ch. 2003], point n'est besoin que taux d'incapacité de travail moyen et taux d'invalidité se confondent pour que le second permette l'ouverture du droit aux prestations ; une telle façon de procéder aurait pour conséquence d'allonger le délai de carence que le législateur a fixé à une année sans prolongation possible, ce qui ne serait pas admissible).

E. 9

Il convient à présent de vérifier si l'intimé était fondé à supprimer la rente avec effet au 30 avril 2008. a) Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette

rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 consid. 2 et les références). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir supprimée, augmentée ou réduite en conséquence (arrêt du TF du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités ; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 notamment). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2c). Selon cette disposition, si la

A/4339/2009 - 13/20 - capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va ainsi lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. b) Dans le cas d'espèce, il ne fait nul doute que l'état de santé du recourant s'est notablement amélioré à compter du mois de janvier 2008, moment à partir duquel l'expert lui reconnaît une capacité de travail résiduelle de 80 % dans une activité adaptée. La date de l'amélioration de l'état de santé est par ailleurs corroborée par la reprise, par l'intéressé, d'une activité, quand bien même il n'a exercé celle-ci qu'à temps partiel et à titre bénévole. Dans ces circonstances, on ne peut que confirmer le point de vue de l'OAI, selon lequel il y avait lieu à révision à la période considérée. c/aa) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente, respectivement de la modification des circonstances influant cette dernière. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, respectivement jusqu'au moment de la modification des circonstances, doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 22 consid. 4.1). c/bb) Force est de constater que dans le cas qui nous occupe, l'intimé a omis d'instruire le point de savoir quel est le statut du recourant. En effet, dans la mesure où celui-ci n'a eu, pour seule activité lucrative depuis 2000, qu'un emploi à 25 % durant quelques mois, la question de son statut n'apparaît pas évidente. Cela étant, dès lors qu'il a, de par le passé, travaillé à temps complet (notamment pour le compte de Y_____) et exercé de nombreuses activités qui, cumulées, avoisinent le plein temps et que, de surcroît, il a perçu des indemnités de chômage pour un taux d'activité

entier, le point de vue de l'office ne saurait être critiqué. C'est donc un statut d'actif qui sera présentement retenu. c/cc) Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il avait été en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et

A/4339/2009 - 14/20 - la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du TF du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Dans le cas présent, l'intimé a fixé le revenu sans invalidité en prenant comme référence le salaire perçu par le recourant dans sa dernière activité rémunérée, à savoir celle de nettoyeur exercée pour le compte de X_____. Cette façon de procéder ne saurait être suivie, dans la mesure où il n'apparaît pas hautement vraisemblable qu'au moment déterminant de la comparaison des revenus, l'intéressé aurait travaillé à plein temps en cette qualité. C'est d'ailleurs lui qui a résilié le contrat de travail, qu'il allègue avoir accepté sur insistance de l'HG dont il dépend financièrement, assertion dont on ne voit pas de motif permettant de la mettre en doute. De surcroît, il y a lieu de tenir compte de la longue période de chômage et du fait que les emplois préalablement exercés par l'assuré sont forts divers, sans qu'on puisse retenir un domaine d'activité de prédilection. Il s'ensuit que le revenu avant invalidité doit être fixé sur la base de l'ENQUETE SUISSE SUR LA STRUCTURE DES SALAIRES (ESS) publié par l'OFFICE FEDERAL DE LA STATISTIQUE, en prenant comme référence toutes les activités confondues, niveau de qualification 4 étant donné que l'intéressé, qui possède certes un CFC de vendeur mais n'a apparemment jamais ou que très peu œuvré en cette qualité, n'a pas de formation déterminante reconnue. A ce propos, on ajoutera encore qu'il n'est pas possible de suivre le recourant quand il requiert que soit retenu le revenu qu'il réalisait en tant qu'employé dans le domaine de l'informatique pour Y_____. Non seulement il n'a pas prouvé avoir poursuivi la formation qu'il allègue dans le domaine en question, mais de plus - notamment en raison du fait qu'il a à aussi lui-même résilié le contrat de travail - il n'a travaillé pour cet employeur qu'un peu plus d'un an. Les remarques faites au sujet du choix, par l'intimé, de la profession de nettoyeur valent mutatis mutandis pour celle de technicien dans l'informatique. Dès lors, le revenu déterminant pour l'année 2008 pour une activité simple et répétitive exercée par un homme est de 4'806 fr. (TA1 ESS 2008). Compte tenu d'un horaire de travail hebdomadaire de 41,6 heures (cf. T31 de la publication de l'OFFICE FEDERAL DE LA STATISTIQUE « Indicateurs du marché du travail 2010 »), il se révèle être, au final, de 4'998 fr. 25 mensuels ou 59'978 fr. 90 annuels. c/dd) Pour sa part, le revenu avec invalidité doit avant tout être évalué 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 ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et

A/4339/2009 - 15/20 - taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global 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 déjà cité). In casu, il apparaît que l'ensemble des activités simples et répétitives regroupées dans les secteurs de la production et des services comporte

un certain nombre de professions compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré, à commencer par celle mentionnée par l'expert et exercée à titre bénévole par le recourant. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a pris en considération, pour procéder à la comparaison des gains, le revenu tel qu'il émane des ESS (TA1, total, niveau de qualification 4 pour les hommes). Toutefois, il convient de corriger le chiffre retenu, car l'OAI a pris les données relatives à l'année 2007, ce qui n'est pas conforme à la jurisprudence mentionnée ci-avant. Comme mentionné ci-dessus pour le revenu sans invalidité, le salaire statistique déterminant après indexation selon l'horaire habituel de travail dans les entreprises est de 4'998 fr. 25 mensuels ou 59'978 fr. 90 annuels. Adapté au taux d'activité de 80 % exigible, le chiffre est de 47'983 fr. 10. Enfin, au vu de l'importance des limitations fonctionnelles et de l'exercice d'une profession à temps partiel, il y a lieu de procéder à un abattement supplémentaire de 10 % (l'intimé, qui n'a au demeurant pas jugé utile d'expliquer pour quel motif il n'appliquait de déduction sur le salaire statistique, a outrepassé son pouvoir d'appréciation, de telle sorte que la Juridiction de céans est habilitée à revoir ce point qui relève normalement de la compétence de l'administration). En fin de compte, le revenu après invalidité est de 43'184 fr. 80. c/ee) Le taux d'invalidité présenté par le recourant en janvier 2008 n'était, eu égard aux revenus tels que calculés ci-dessus, plus que de 28 %. C'est donc à bon droit que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité avec effet au 30 avril 2008 en application de l'art. 88a al. 1 RAI.

E. 10

Subsiste la question de savoir si le recourant peut prétendre d'autres prestations, en particulier des mesures d'ordre professionnel telles qu'il les réclame dans sa demande et dans son mémoire de recours. Singulièrement, c'est la mesure de reclassement qui entre ici en considération. a) Selon l'art. 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 (al. 1er). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son

A/4339/2009 - 16/20 - ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de la réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109, consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1). 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. Celui qui peut prétendre un reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est

nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1). 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.

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 minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20 % (ATF 124 V consid. 2b et les références). Enfin, pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, les préférences de l'assuré ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure

A/4339/2009 - 17/20 - de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références). b) Au cas d'espèce, il ne fait nul doute que le recourant présente une invalidité au sens de la législation et que son taux d'invalidité est suffisant au regard de la jurisprudence susmentionnée relative aux conditions d'octroi d'une mesure de reclassement. Par ailleurs, l'intéressé a fait connaître à plusieurs reprises sa motivation (qui ressort au demeurant déjà de sa demande de prestations par laquelle il ne requerrait que des mesures d'ordre professionnel). Cette dernière n'a pas été contestée par l'intimée. On remarque, en prenant connaissance dans le détail du TA1 de l'ESS 2008, que dans l'hypothèse où l'assuré devait se réinsérer sans mesure de réadaptation fournie par l'assurance-invalidité dans le domaine d'activité qu'il semble apprécier (l'informatique), qu'il ne serait pas à même de maintenir le niveau de son ancien salaire vu son absence de formation (cf. ligne 70-74 du TA1). Certes, l'argumentation que fait le Tribunal de céans s'écarte quelque peu - à première vue - du principe d'équivalence, puisqu'il arrive à la constatation que seule l'acquisition de connaissances spécialisées (niveau de qualification 3 selon l'ESS) permettrait de garantir un niveau salarial équivalent à celui connu auparavant sans formation spécifique. Mais il ne faut pas perdre de vue que le but ultime de la mesure de reclassement est le maintien du revenu et non pas uniquement l'équivalence des titres professionnels avant et après invalidité. Le fait que le recourant ne puisse plus travailler qu'à temps partiel joue également un rôle. S'il est possible de réduire son dommage par le biais de l'octroi d'une formation certifiée, que cette formation n'est pas trop onéreuse en regard des avantages qu'elle représente, que les autres conditions (notamment la condition subjective liée à la motivation) sont également remplies, il s'impose de proposer à l'assuré atteint dans sa santé la poursuite d'une formation de ce type. En l'espèce, le recourant n'a aujourd'hui que 51 ans. Au vu du nombre d'années qu'il lui reste à accomplir avant d'atteindre l'âge de la retraite, on ne voit pas en quoi une mesure consistant par exemple en l'octroi d'un apprentissage d'informaticien serait disproportionnée, ce d'autant qu'il existe

de nombreuses possibilités d'embauche dans le domaine en question. Evidemment, il appartiendra au recourant de faire les efforts nécessaires pour lui permettre d'obtenir le CFC, mais il semble suffisamment motivé. Par conséquent, le Tribunal décide de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il mette en place une mesure de reclassement sous la forme d'une formation professionnelle certifiée, par exemple en qualité d'informaticien. c) A toutes fins utiles, il est rappelé à l'intimé son devoir de verser des indemnités journalières, y compris, cas échéant, d'attente.

A/4339/2009 - 18/20 -

E. 11

L'intimé, qui succombe, prendra à sa charge l'émolument de justice fixé à 500 fr. Il versera en outre la somme de 2'500 fr. au recourant à titre de participation à ses dépens.

A/4339/2009 - 19/20 -

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