

GE_GERICHTE ATAS/1325/2012 vom 5. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1325_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1325/2012 du 5 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1325/2012 del 5 novembre 2012

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 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.

A/3877/2011 - 8/19 -

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). En l'espèce, la décision litigieuse, du 14 octobre 2011, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision) et, le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4ème et 5ème 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 (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid.

E. 2.1

et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance- invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

L'objet du litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a limité le droit du recourant à une rente du 1er mars 2006 au 30 juin 2010 et a refusé le droit à des mesures d'ordre professionnel. S'agissant de la rente, on précisera que si la motivation de la décision indique que c'est à compter du 1er avril 2010 que le versement de la rente entière

est supprimé, il n'en demeure pas moins que celle-ci a été versée jusqu'au 30 juin 2010, selon le décompte figurant en page 2 de la décision litigieuse.

E. 5

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement. 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'article 17 LPGA. (). 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 régissant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid.

A/3877/2011 - 9/19 - 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a ; ATF non publié 9C_1006/2010 du 22 mars 2011, consid 2.2).

E. 6

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). 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

E. 7

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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

A/3877/2011 - 10/19 - 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). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

E. 8

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 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). Enfin, 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

A/3877/2011 - 11/19 - 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. 9

En l'occurrence, la décision de l'intimé est principalement basée sur l'expertise rhumatologique diligentée par le Dr E_____ en date du 29 avril 2010. Celui-ci a, en substance, exposé que le recourant présentait des omalgies bilatérales chroniques (status après déchirure de la coiffe des rotateurs droite et gauche, status après suture de la coiffe des rotateurs et probable acromioplastie de l'épaule gauche le 7 juillet 2008, status après suture de la coiffe des rotateurs, probable acromioplastie droite le 22 décembre 2009 ainsi qu'un conflit sous-acromial bilatéral persistant). En raison de ces atteintes, le recourant présentait des limitations dans la capacité de porter et de soulever des charges de plus de 5 kg principalement en levant les deux bras, des limitations dans la capacité de faire des mouvements d'abduction des membres supérieurs au-dessus de 70° et lors des mouvements d'élévation antérieure (anteflexion) des membres supérieurs au-dessus de 70° et des limitations dans la capacité de faire des mouvements de rotations des deux épaules. S'agissant de la capacité de travail, l'expert a estimé qu'elle était nulle dans l'activité habituelle de monteur-électricien depuis le 24 mars 2005 en raison de son atteinte au niveau des deux épaules, avec notamment une atteinte de la coiffe des rotateurs des deux côtés. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail exigible était de 70% compte tenu d'une baisse de rendement. Il convient de constater que le rapport du Dr E_____ se base sur des examens du recourant et sur son dossier médical. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé du recourant, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il s'ensuit que son rapport remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit accordée une pleine valeur probante. On relèvera par ailleurs qu'aucune pièce médicale versée au dossier ne permet de remettre en cause les conclusions de l'expert. Les rapports des Drs A_____, B_____ et C_____, qui ont été dûment pris en considération par le Dr E_____, ne font pas état de diagnostics qui n'auraient pas été retenus par ce dernier. Par ailleurs, les médecins traitants ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Enfin, les conclusions de l'expert et de la Dresse D_____ quant à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle sont

A/3877/2011 - 12/19 - favorables au recourant, dès lors que le Dr C_____ a estimé que cette capacité de travail était de 50% dès le 25 août 2009 (rapport du 22 décembre 2009). S'agissant des limitations fonctionnelles, le recourant fait valoir qu'elles seraient supérieures à celles retenues par l'expert et conclut à ce que les Drs C_____ et F_____ soient entendus à ce propos. Or, force est de constater que le recourant ne produit aucune pièce permettant de mettre en doute les conclusions de l'expert sur ce point. Qui plus est, les limitations fonctionnelles retenues par l'expert sont plus nombreuses que celles retenues par le Dr C_____, celui-ci faisant état uniquement d'une impossibilité pour le recourant de travailler avec les bras au-dessus de la tête (rapport du 22 septembre

2008). Compte tenu de ce qui précède, l'audition des Drs C_____ et F_____, demandée par le recourant, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion subsidiaire du recourant doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c). Il y a donc lieu de retenir qu'en raison des troubles somatiques, le recourant présente une capacité de travail nulle dans son activité habituelle dès le 24 mars 2005. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail est de 70% compte tenu d'une baisse de rendement. Si l'expert ne se prononce certes pas sur la date à partir de laquelle l'exercice d'une activité adaptée serait exigible de la part du recourant, il n'en demeure pas moins que l'on ne saurait s'écarter de celle retenue par la Dresse D_____, à savoir avril 2010, soit quatre mois après la dernière intervention pratiquée au niveau de l'épaule droite (avis du 29 novembre 2010). Au demeurant, ce point n'est pas contesté par le recourant. Reste encore à examiner le degré d'invalidité que présente le recourant.

E. 10

a) En vertu de l'art. 29 al. 1 let. b LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI dès 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.

A/3877/2011 - 13/19 - Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain 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 de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. b) 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 art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus 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 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas

invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). 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 (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation

A/3877/2011 - 14/19 - dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

E. 11

En l'occurrence, comme l'a retenu à juste titre l'intimé dans sa décision litigieuse, l'incapacité de travail totale dans toute activité correspond à une invalidité de 100% et donne droit à une rente entière d'invalidité, à compter du 1er mars 2006, soit à l'échéance

d'une année d'attente à compter du 24 mars 2005. Reste donc à déterminer le degré d'invalidité que subit le recourant lorsque sa capacité de travail est de 70% dans une activité adaptée. a) S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé a estimé que l'on ne pouvait se baser sur le salaire que le recourant aurait obtenu en tant que monteur électricien, vu l'absence de données salariales concrètes, du fait qu'il n'avait jamais eu de

A/3877/2011 - 15/19 - rapport de travail stable, ni d'une durée suffisante. Selon l'intimé, le recourant n'est pas au bénéfice d'une formation de monteur électricien certifiée et, au vu de ses CI, il n'a pas une solide expérience professionnelle. On ne saurait toutefois admettre le raisonnement de l'intimé, ce pour les motifs qui suivent. Si l'obtention d'un certificat de monteur électricien n'est certes pas attestée par pièce, il n'en demeure pas moins que les explications fournies par le recourant à cet égard ont toujours été constantes. Ainsi, sa demande de prestations du 28 novembre 2006 mentionnait déjà un apprentissage de monteur électricien effectué au Maroc de 1970 à 1973 avec l'obtention d'un certificat de capacité. Une attestation d'apprentissage établie le 10 juillet 1972 figure d'ailleurs au dossier (pièce 13 page 1 chargé intimé). De surcroît, le recourant a également fait état de cette formation à l'expert ainsi que de l'exercice de ce métier au Maroc, en France et en Suisse (rapport d'expertise, page 1). S'agissant de l'expérience professionnelle du recourant en tant que monteur électricien, s'il est vrai que les mentions aux CI ne permettent pas de retenir des relations de travail stables et de longue durée, cette seule circonstance ne suffit toutefois pas pour mettre en doute l'exercice de cette profession. Il ressort du curriculum vitae transmis par le recourant à l'intimé en 2006 - soit bien avant que ce dernier ne remette en question l'exercice de cette activité professionnelle - que le recourant a travaillé pour BADEL S.A. de 1982 à 1984, société spécialisée dans les installations électriques (selon l'extrait du Registre du commerce du canton de Genève). De 1984 à 2004, le recourant a travaillé pour des sociétés actives dans le domaine du placement de personnel temporaire, ce qui pourrait expliquer la courte durée de ses relations de travail. De surcroît, un de ses employeurs à Genève, Y _____ S.A., a établi un certificat d'efficacité professionnelle le 19 décembre 1987 reconnaissant les qualités professionnelles du recourant en tant que monteur électricien qualifié. Qui plus est, en juillet 2002, le recourant a été victime d'un accident alors qu'il travaillait en tant que monteur électricien (décision sur opposition de la SUVA du

E. 12

Reste encore à se prononcer sur une éventuelle mesure d'ordre professionnel. Selon l'art. 8 al. 1er 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). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). 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 (ATFA non publié 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). 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 (ATF non publié 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2 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. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa A/3877/2011 - 18/19 - 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).

E. 13

En l'occurrence, la décision litigieuse indique uniquement que sur demande écrite et motivée du recourant, l'intimé étudiera la possibilité de mettre en œuvre une aide au placement. Force est de constater que dans le cadre de l'instruction du dossier, le recourant n'a jamais été reçu par le Service de réadaptation de l'intimé. Or, on relèvera que la demande de prestations déposée par le recourant tendait à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle, que l'expert a estimé que des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables - le recourant s'exprimant couramment en langue française, arabe et espagnole et paraissant relativement motivé quant à suivre de telles mesures - (rapport d'expertise p. 11), et que la Dresse D_____ a estimé que le dossier du recourant devait être transmis à un spécialiste de la réadaptation (avis du 29 novembre 2010). Ainsi, attendu que l'instruction du dossier par l'intimé n'a pas porté sur la question d'une mesure d'ordre professionnel, il y a lieu de lui renvoyer la cause pour qu'il instruisse les conditions objectives et subjectives d'une telle mesure et qu'il rende une nouvelle décision. Le recours sera donc partiellement admis et la décision litigieuse annulée en tant qu'elle limite le droit à la rente au 30 juin 2010 et refuse le droit à des mesures professionnelles. Il sera dit que le recourant a droit à une rente entière du 1er mars 2006 au 31 juillet 2010, puis à un quart de rente et que l'intimé doit instruire la question des mesures d'ordre professionnel avant de rendre une nouvelle décision.

E. 14

Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). 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 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

A/3877/2011 - 19/19 - 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.