

GE_GERICHTE ATAS/1391/2012 vom 20. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1391_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1391/2012 du 20 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1391/2012 del 20 novembre 2012

Erwägungen

E. 7

Lors d'un entretien téléphonique du 6 avril 2009, le Dr A_____ a informé le Dr C_____ que l'assuré se présentait chaque semaine à son cabinet, avec des plaintes algiques différentes. Il a changé cinq fois de cardiologue et une fois de psychiatre, n'étant pas satisfait de la Dresse B_____. Pour le médecin traitant, son patient a développé un syndrome somatoforme douloureux, raison pour laquelle il a demandé qu'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychologique soit réalisée.

E. 8

Se fondant sur l'avis du SMR, qui a jugé opportun de réaliser une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique, l'OAI a mandaté la Clinique Corela, qui a confié les examens à Mme P_____, psychologue FSP et neuropsychologue ASNP ainsi qu'aux Dresses E_____, spécialiste en rhumatologie, et F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans le rapport d'expertise daté du 18 juin 2009, les praticiens précités ont posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : dorsalgies mécaniques fonctionnelles depuis 2005, cervicalgies mécaniques depuis 2007 et troubles cognitifs modérés depuis janvier 2007 suite à l'encéphalopathie post- anoxique. S'y ajoutent les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) depuis janvier 2007 et de majoration des plaintes physiques pour raisons psychologiques (F68.0), probablement depuis la fin du droit aux prestations de chômage. Les atteintes ayant fait l'objet de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail ne justifiaient toutefois pas une incapacité de travail durable mais une diminution de rendement de 10 à 15% dans les emplois antérieurs. Aucune limitation liée à l'appareil locomoteur n'a été retenue. Sur le plan neuropsychologique, il n'existait aucune limitation dans une activité ne nécessitant pas de capacités mnésiques, attentionnelles et exécutives importantes. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables tant sur le plan de l'appareil locomoteur que sur les plans psychiatrique et neuropsychologique. Le pronostic pour une reprise de travail restait très réservé en raison des composantes sociale (acculturation, absence de formation reconnue et dettes) et psychique (traits hypocondriaques en relation avec le problème cardiaque, démotivation et recherche de bénéfices secondaires).

A/2794/2010 - 4/18 -

E. 9

L'expertise précitée a été transmise au SMR qui s'est prononcé le 28 juillet 2009 sous la plume du Dr C_____. Ce dernier a ajouté les limitations fonctionnelles suivantes à celles retenues par les experts : l'activité adaptée devait être une activité légère, évitant les efforts isométriques demandant beaucoup d'énergie, et le port de charges moyennes à

lourdes, pour épargner le rachis et le cœur. Il a également ajouté que si le cahier des charges de l'activité habituelle ne répondait pas aux limitations fonctionnelles retenues, l'activité adaptée devait être retenue.

E. 10

Le 8 janvier 2010, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision, rejetant la demande, le taux d'invalidité de 15% n'était suffisant ni pour ouvrir le droit à une rente ni le droit à des mesures de reclassement.

E. 11

Par courrier du 29 janvier 2010, l'assuré, représenté par Me Manuel MOURO, s'est opposé au projet précité, contestant avoir retrouvé une capacité de travail complète. Le 4 février 2010, il a transmis à l'OAI les documents suivantes : – Dans un courrier du 1er février 2010, le Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic provisoire de trouble dépressif organique sévère (F06.32). – Selon un courrier du Dr A_____ du 2 février 2010, l'assuré présentait des risques cardio-vasculaires majeurs, des lombo-sciatalgies chroniques, des douleurs thoraciques d'origine indéterminée, des talgies, des douleurs à la marche des deux avant-pieds. Il avait également des difficultés à maintenir les positions assise et debout. Enfin, il souffrait d'une grande fragilité physique et psychologique.

E. 12

Ces documents ont été remis au SMR qui a maintenu ses précédentes conclusions. Il a considéré que ni le Dr A_____ ni le Dr G_____ n'apportaient d'éléments nouveaux. Les risques cardiovasculaires majeurs mentionnés par le médecin praticien ne s'étaient plus manifestés depuis l'infarctus antéro-septal du mois de janvier 2007 et les investigations effectuées juste avant l'expertise révélaient une fonction cardiaque dans la norme.

E. 13

Par décision du 21 juin 2010, l'OAI a confirmé le projet du 8 janvier 2010.

E. 14

Le 20 août 2010, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée. Il a notamment conclu à l'audition des Drs G_____ et A_____, leurs avis contredisant l'expertise réalisée à la demande de l'intimé. Il a également sollicité l'octroi d'un délai supplémentaire pour produire des avis médicaux récents et complémentaires permettant de cerner au plus près l'évolution de son état de santé. Enfin, il a requis l'application d'un abattement de 10 à 15% dans le calcul du taux d'invalidité.

A/2794/2010 - 5/18 -

E. 15

Par courrier du 25 août 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision.

E. 16

Le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a informé les parties qu'il entendait ordonner une expertise pluridisciplinaire, soit rhumatologique, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique et mandater pour ce faire le CEMED.

E. 17

Le recourant s'est opposé à la désignation du CEMED pour mener l'expertise envisagée, proposant que le mandat soit confié aux HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG).

E. 18

L'OAI, le 14 décembre 2010, rappelant que le CEMED est un centre d'expertise pluridisciplinaire reconnu, alors que les HUG ne bénéficient pas d'une telle structure, a indiqué à la Cour de céans qu'une telle proposition ne pouvait être acceptée.

E. 19

Par ordonnance du 11 mars 2011, la Cour de céans a désigné le Dr H _____, médecin responsable du CEMED à Nyon.

E. 20

L'expertise a été réalisée les 20 et 21 avril 2011, et le rapport rendu le 2 septembre 2011. Les diagnostics suivants ont été retenus : • Cervicodorsalgies sur discrets troubles statiques, depuis 2007 • Gonalgies, depuis 2007, sur possible conflit fémoropatellaire • Douleurs du gril costal gauche sans substrat objectif, depuis 2007 • Discret tremor des deux membres supérieurs d'origine probablement anxiogène • Episode dépressif léger à modéré, sans syndrome somatique (F32.10) depuis 2008-2009 • Hypochondrie (F45.2) de début indéterminé • Troubles légers des fonctions exécutives et du raisonnement, légers à modérés de l'attention et de la mémoire antérograde. Performance anormalement faible dans un test de mesure de l'effort, et résultats contradictoires dans certains tests psychométriques Les experts ont constaté qu'en raison des cervicodorsalgies et des gonalgies, l'assuré ne peut pas rester debout toute la journée et doit pouvoir s'asseoir occasionnellement, il ne doit pas porter de charges lourdes de manière répétée. Il n'y a pas de limitations pour les autres diagnostics, si l'activité exercée n'implique pas de capacités mnésiques, attentionnelles et exécutives importantes. Dans une activité adaptée, la capacité est complète, sans diminution du rendement. Il n'y a pas d'incapacité de travail après une période de six mois faisant suite à l'arrêt cardiaque avec encéphalopathie post-anoxique. Les experts ont ainsi conclu à ce que toute activité respectant les quelques limitations mentionnées était possible à 100% sans diminution de rendement. Le pronostic est probablement défavorable,

A/2794/2010 - 6/18 - mais les raisons en sont non médicales et liées notamment à l'effort incomplet présenté lors de l'examen neuropsychologique. Sur le plan psychiatrique, les experts ont diagnostiqué un trouble de l'humeur et un épisode dépressif léger à modéré sans syndrome somatique, ajoutant que "Sur la base de ces éléments, nous considérons que l'état présenté par l'assuré est plus sévère qu'en 2007-2008, lorsqu'il a été pris en charge par la Dresse B _____. A cette époque, il était suivi de façon mensuelle ; généralement en cas d'épisode dépressif majeur, les entretiens sont plus fréquents. La Dresse B _____ retenait alors une incapacité de travail de 50% ; trois mois plus tard, soit en octobre 2008, elle décrivait une amélioration et la récupération d'une capacité de travail entière. En avril 2009, lors de son évaluation à la Clinique Corela, il ne bénéficiait plus de suivi psychothérapeutique. En revanche, l'antidépresseur avait été modifié. Cela signe généralement un échec au traitement ou la survenue d'effets secondaires importants. (...) Selon le Dr G _____, l'assuré présente un état dépressif d'origine organique suite à l'arrêt cardiorespiratoire de février 2007. Il estime que l'épisode dépressif majeur est d'intensité légère à modérée. (...) Nous concluons qu'au cours du temps, l'assuré a présenté

trouble fluctuant un peu, allant d'un trouble de l'adaptation ou d'un état anxio-dépressif à un épisode d'intensité léger à modéré. Actuellement, ce trouble est sans répercussion sur la capacité de travail dans les activités qu'il a exercées. (...)"

E. 21

Invité à se déterminer, le médecin du SMR a constaté, dans une note du 11 octobre 2011, que l'examen auquel avaient procédé les experts confirme les atteintes incapacitantes retenues par le SMR dans son rapport du 28 septembre 2009. Il en conclut que l'activité antérieure d'employé de cuisine ou toute activité ne respectant pas les limitations fonctionnelles (pas de station debout toute la journée et pas de port de charges lourdes) n'est plus exigible depuis le 12 janvier 2007. Par contre, dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière depuis le 12 juillet 2007. Le médecin du SMR relève par ailleurs que l'examen clinique objectif est rassurant, mais qu'il existe de nombreuses plaintes de l'assuré qui ne sont pas expliquées par des atteintes médicales reconnues, ainsi que des résultats discordants dans certains tests psychométriques. Par courrier du même jour, l'OAI a dès lors maintenu ses conclusions visant au rejet du recours.

E. 22

Le 3 novembre 2011, le mandataire de l'assuré a informé la Cour de céans qu'il avait soumis le rapport d'expertise aux médecins traitants et restait dans l'attente de leurs réponses. Cela dit, il relevait que les problèmes cardiaques dont souffrait l'assuré n'avaient pas été investigués.

E. 23

Le mandataire a sollicité de la Cour de céans des prolongations de délai à plusieurs reprises. Finalement, il a indiqué le 16 mars 2012 que l'assuré, à défaut de

A/2794/2010 - 7/18 - ressources financières, n'était pas en mesure de réunir les éléments médicaux susceptibles de contrecarrer les conclusions des experts. Il renonçait dès lors à demander l'octroi d'une rente d'invalidité et limitait ses conclusions à l'octroi de mesures de réadaptation et de placement.

E. 24

Ce courrier a été transmis à l'OAI, lequel s'est déterminé le 10 avril 2012. L'OAI, rappelant qu'il reconnaissait à l'assuré une capacité de travail de 100% dans toute activité avec baisse de rendement de 15%, a considéré que celui-ci ne remplissait pas les conditions d'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. Il a ainsi conclu à la confirmation de la décision litigieuse.

E. 25

Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté en temps utile, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). 3. Il y a préalablement lieu de prendre acte de ce que l'assuré renonce à solliciter l'octroi d'une rente d'invalidité. Le litige se limite dès lors à la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a refusé de mettre l'assuré au bénéfice de mesures de réadaptation professionnelle. 4. Selon l'art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec les art. 7 et 16 LPGA, la réadaptation a la priorité sur la rente dont l'octroi n'entre en ligne de compte que si une réadaptation suffisante est impossible. Saisie d'une demande de rente ou appelée à se prononcer à l'occasion d'une révision de celle-ci, l'administration doit donc examiner d'office, avant toute chose, la question de la réintégration de l'assuré dans le circuit économique (ATF 108 V 210, 99 V 48). A cet égard, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de

A/2794/2010 - 8/18 - gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (art. 8 al. 1 LAI). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance- invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (arrêt I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références). Si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient jouer un rôle déterminant (arrêt I 397/87 du 15 janvier 1988, consid. 1 et la référence, publié in RCC 1988 p. 265). 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 660/02 du 2 décembre 2002). En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (VSI 2002 p. 111). A teneur de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre 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 ancienne activité (ATF 124 V 108, consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son

A/2794/2010 - 9/18 - cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). Le fait que l'assuré ne peut plus exercer sa profession antérieure ne suffit pas, à lui seul, pour fonder un droit à un reclassement. Car l'assuré n'a pas droit à des mesures de réadaptation s'il ne subit pas une perte de gain permanente ou de longue durée (20 % au moins) dans une activité raisonnablement exigible et pouvant être exercée sans autres mesures de réadaptation (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références; MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 2010, p. 191 ss). Le pourcentage est calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (VSI 2000, p. 63, RCC 1984, p. 95). 5. Il y a dès lors lieu de déterminer le degré d'invalidité que présente l'assuré. 6. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). 7. 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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement

A/2794/2010 - 10/18 - exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références). 8. Conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.3). Elle ne tient pour existants que

les faits qui sont dûment prouvés et applique le droit d'office. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGa), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). 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). 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. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

A/2794/2010 - 11/18 - Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). S'agissant de la valeur probante des 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. En effet, il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les

références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. 10. 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 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). 11. Dans son ordonnance du 11 mars 2011, la Cour de céans a considéré qu'elle ne pouvait suivre les conclusions de l'expertise Corela du 18 juin 2010, dans la mesure

A/2794/2010 - 12/18 - où elles comportaient des incohérences sur le plan rhumatologique et ne semblaient pas être fondées sur des investigations complètes. Elle ne lui a dès lors pas reconnu une pleine valeur probante, de sorte qu'elle a confié au Dr H _____ la mission de procéder à une expertise rhumatologique, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique de l'assuré. 12. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa p. et les références). 13. En l'espèce, le rapport d'expertise du Dr H _____ se fonde sur des examens complets, il prend en considération les plaintes exprimées, il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description des interférences médicales est claire et enfin les conclusions de l'expert sont bien motivées. L'expertise doit dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante. Le mandataire de l'assuré a indiqué le 16 mars 2012 que l'assuré, à défaut de ressources financières, n'était pas en mesure de réunir les éléments médicaux susceptibles de contrecarrer les conclusions des experts. Les rapports des médecins traitants du recourant, les Drs I _____ et G _____, figurent déjà dans le dossier. Il sied quoi qu'il en soit de rappeler que conformément à la jurisprudence précitée (notamment ATF 125 V 351), leurs rapports présentent une valeur probante inférieure à l'expertise mandatée par la Cour de céans. Celle-ci constate en outre que le Dr I _____ est médecin praticien. Son champ d'action n'est pas limité à un ou des organes en particulier et il a un rôle de triage et de coordination, impliquant notamment le recours à des spécialistes et à d'autres professionnels de la santé. Il n'est ainsi pas spécialisé en rhumatologie ou en psychiatrie, au contraire de la Dresse J _____ et du Dr H _____. Son courrier du 2 février 2010 ne répond à l'évidence pas aux réquisits jurisprudentiels : les points

litigieux n'ont pas fait l'objet d'une étude fouillée. Le rapport ne semble pas se fonder sur des examens complets et ses conclusions ne sont pas motivées. Il ne précise par exemple pas en quoi consistent les risques cardiovasculaires. Quant aux problèmes dorsaux, ils ont été pris en

A/2794/2010 - 13/18 - considération par l'expert. Enfin, le Dr I_____ ne se prononce aucunement sur la capacité de travail de son patient. Les mêmes critiques peuvent être formulées à l'encontre du courrier du Dr G_____, qui pose un diagnostic, qui plus est provisoire, sans le motiver. C'est le lieu de rappeler que selon une note d'entretien téléphonique du 6 avril 2009, le recourant a changé de psychiatre n'étant pas satisfait de la Dresse B_____. A teneur du rapport du 18 juin 2009, le recourant s'est fâché avec sa psychiatre en octobre 2008, soit lorsqu'elle a informé l'intimé que l'état psychologique de son patient s'était amélioré et qu'il ne présentait plus de restrictions psychiques pour exercer son activité professionnelle. 14. Il est vrai, ainsi que le mandataire de l'assuré le relève, que les problèmes cardiaques dont souffrait l'assuré n'ont pas été investigués. L'assuré reproche ainsi au Dr H_____ d'avoir ignoré cet aspect, alors qu'il a été victime d'un arrêt cardio-respiratoire sur infarctus le 12 janvier 2007. Il y a toutefois lieu de rappeler que la Cour de céans a déjà considéré que l'aspect cardiologique avait été investigué à satisfaction de droit par l'intimé. En effet, il ressort du test d'effort, réalisé le 19 janvier 2009 par le Dr K_____, que le patient présentait une bonne adaptation de la fréquence à l'effort et une capacité physique normale. Une hypertension artérielle était relevée au repos et durant l'effort. Enfin, le Dr K_____ ne constatait pas d'arythmie. Force est donc de constater, avec le SMR, que le test précité semble rassurant. Le Dr I_____ avait certes fait état, dans son courrier du 2 février 2010, de risques cardio-vasculaires majeurs, il n'en avait toutefois pas précisé la nature. Du reste, il n'avait formulé aucune critique relative au test d'effort et à ses conclusions. Il n'y avait dès lors aucun motif de s'écarter de l'avis du SMR quant à l'appréciation de l'atteinte cardiaque, raison pour laquelle la Cour de céans avait jugé que l'expertise n'aurait pas à porter sur cette atteinte. 15. L'expertise ayant valeur probante, il se justifie de se fonder sur ses conclusions, selon lesquelles la capacité de travail est entière depuis juillet 2007 dans une activité adaptée. Il y a à cet égard lieu de relever que dans ses écritures du 10 avril 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant à une «capacité de travail entière dans toute activité, avec une diminution de rendement de 15%». 16. Reste à déterminer le degré d'invalidité. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 LPG). La

A/2794/2010 - 14/18 - comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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 223 consid. 4.1, 128 V 174). b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu

réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. Le revenu déterminant correspond au revenu présumé issu d'une activité lucrative, sur lequel les cotisations de l'assurance-vieillesse seraient prélevées (art. 25 al. 1 RAI; arrêt 9C_699/2008 du 26 janvier 2009). 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 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 (cf. consid. 5.2.2 de l'arrêt T. précité du 17 octobre 2003 et les références). c) Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout 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 enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). En règle générale, il convient de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne total du tableau relatif au «secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Cette solution est en particulier justifiée lorsque la personne assurée ne pourra plus exercer son activité habituelle et qu'elle est tenue de trouver un emploi dans un

A/2794/2010 - 15/18 - nouveau domaine d'activité, l'intégralité du marché du travail étant ainsi à sa disposition (arrêt 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 et 5.2, non publiés aux ATF 133 V 545, et les références citées). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Dans ce contexte, il a été jugé que la réduction des salaires issus des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, 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 a, dans le cas concret, adopté 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 des assurances sociales 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 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références). 17. La demande de prestations du

recourant a été déposée le 6 mai 2008. Ainsi, le début du droit à une éventuelle rente d'invalidité, partant le moment où il convient de procéder à la comparaison des revenus (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174), doit être fixé au mois de novembre 2008 (art. 29 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a été au chômage à plusieurs reprises. Il ressort également de l'extrait de son compte individuel qu'il a perçu une rémunération de 9'747 fr. pour les mois de juillet à septembre 2006 (soit 3'249 fr. par mois) versée par une société dénommée X_____. Dans ces circonstances, le revenu que le recourant avait obtenu à partir de 2005 ne reflétait pas ce qu'il était vraisemblablement apte à gagner en tant que personne valide. En outre, le salaire versé par X_____ était inférieur aux salaires moyens pratiqués dans la branche. Il se justifie dès lors de se référer aux données statistiques, à savoir le salaire de référence auquel pouvait prétendre les hommes sans formation spécifique dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration en 2008, soit 3'729 fr. par mois ou 44'748 fr. annuellement (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, p. 11, TA1, chiffre 55; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans la branche concernée (41,6 heures, La Vie économique, 4/2010, p. 90, B9.2), il en résulte un revenu sans invalidité de 46'537fr.80.

A/2794/2010 - 16/18 - Pour déterminer le revenu d'invalidité, il y a également lieu de se référer aux données statistiques. Dans le cas du recourant, les limitations retenues portent sur les capacités mnésiques, attentionnelles et exécutives importantes de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a retenu que l'activité habituelle restait exigible. L'intimé n'a procédé à aucun abattement. La Cour de céans constate toutefois que le Tribunal fédéral a admis, à de nombreuses reprises, un abattement compris entre 15% et 20% afin de tenir compte des limitations liées au handicap et de l'âge des recourants (50 à 54 ans) (voir notamment les arrêts I 138/05 du 14 juin 2006, I 872/05 du 30 mars 2006, I 573/04 du 10 novembre 2005 et I 675/04 du 21 mars 2006). Dans un arrêt 9C_97/2008 du 28 août 2008, le Tribunal fédéral a confirmé l'abattement de 10% retenu par l'office intimé en raison de l'âge de la recourante (61 ans). Le Tribunal de céans estime par conséquent qu'un abattement de 10% aurait dû être appliqué au cas présent en raison de l'âge du recourant (52 ans) et des limitations fonctionnelles retenues par les experts et par le SMR (cf. également ATF 9C_449/2012). Compte tenu d'une capacité de travail de 100%, mais d'un abattement de 10% sur le salaire statistique tenant compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 78 consid. 5), on obtient en définitive un revenu d'invalidité de 41'884 fr. 80. Le recourant présente ainsi un degré d'invalidité de 10%, taux insuffisant pour ouvrir le droit des mesures de réadaptation professionnelle. Il est vrai que si l'on se fonde sur la capacité de travail retenue par l'OAI dans ses écritures du 10 avril 2012, on obtient un degré d'invalidité de 23,5% ($[46'537 \text{ fr.} - 36'648 \text{ fr.} 50] : 46'537 \text{ fr.} \times 100$), compte tenu d'un abattement de 10%, qui pourrait justifier l'octroi de mesures de réadaptation. Le droit à une mesure de reclassement doit quoi qu'il en soit lui être nié, attendu qu'un marché du travail équilibré lui offre un éventail de postes suffisamment large et diversifié adapté à ses limitations et pour lesquels une mise au courant suffit (ATF 110 V 276). Des mesures de réadaptation ne sont à la charge de l'AI que s'il existe une proportion raisonnable entre leur coût et leur utilité prévisible : ainsi l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110). L'AI n'a pas à répondre non plus d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé, tel que le manque de formation professionnelle, de difficultés d'ordre linguistique

ou l'âge (ATF 107 V 21). 18. Compte tenu des considérations qui précèdent, le recours sera rejeté.

A/2794/2010 - 17/18 - 19. La procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant.

A/2794/2010 - 18/18 - 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.