

GE_GERICHTE ATAS/20/2018 vom 15. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_20_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/20/2018 du 15 janvier 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/20/2018 del 15 gennaio 2018

Erwägungen

E. 1

a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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

E. 6

a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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 exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). b. À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2 ; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les A/3800/2016 - 17/28 - conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et

d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3). Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4). c. En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage ; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

A/3800/2016 - 18/28 -

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 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En

cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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: a. 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). b. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche

A/3800/2016 - 19/28 - leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). c. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise

(ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 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

A/3800/2016 - 20/28 - 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).

E. 9

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 10

En l'espèce, après la contestation de l'assuré du projet de refus de rente et de mesures professionnelles que l'OAI lui avait adressé en date du 29 novembre 2013, sur recommandation de son service médical, au vu des rapports des divers médecins traitants consultés, l'OAI a mis en œuvre une expertise neurologique confiée au docteur K_____, lequel a considéré, au terme de son rapport d'expertise du 2 février 2015 que les limitations fonctionnelles sont surtout liées à la symptomatologie douloureuse, le déficit neurologique étant minime et sans répercussions fonctionnelles. Au plan contextuel, même si elle n'est pas prise en compte par l'OAI, la toxicomanie est actuellement compensée et l'alcoolisme

semble aller dans le bon sens actuellement. En conclusion, l'ensemble du tableau n'est compatible ni avec une activité de serrurier, ni de serrurier-dépanneur dans la serrurerie légère. En revanche dans une activité sédentaire, à l'intérieur et légère, avec des poids ne dépassant pas 15 kg, l'assuré est apte à assumer des journées complètes. L'expert mentionne une fatigabilité et un besoin de repos de 1h00 à 1h30 par jour, ce qui est plausible au vu de la symptomatologie douloureuse et la médication psychotrope. Ceci correspond à une baisse de la capacité de travail respectivement d'une baisse de rendement d'environ 20 %. C'est sur cette base que le SMR d'abord, a retenu que la CT dans toute activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles est entière avec diminution de rendement de 20 % depuis mars 2012, l'intimé suivant ces avis ayant par la suite rendu la décision entreprise.

A/3800/2016 - 21/28 - Il y a dès lors lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du Dr K_____, et en particulier de déterminer s'il respecte les conditions fixées par la jurisprudence rappelée précédemment (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). La chambre de céans considère que ce rapport répond en tous points aux exigences de la jurisprudence pour lui reconnaître une pleine valeur probante : il est fondé sur une connaissance approfondie du dossier, sur une anamnèse complète, l'expert ayant pris en compte les plaintes de l'assuré ; il a personnellement examiné l'intéressé, et procédé à des examens complémentaires, prenant en compte les avis exprimés par les médecins traitants ; il aboutit à des conclusions convaincantes, et aucun indice concret ne permet de mettre en doute leur bien-fondé. Du reste, aucun des médecins traitants n'a émis la moindre critique au sujet de ce rapport. Certes, dans son complément de recours, l'assuré a évoqué le fait d'avoir consulté un neurologue, en la personne du Dr O_____, à mi-novembre 2015, soit postérieurement au rapport d'expert susmentionné, expliquant avoir une perte de sensibilité au niveau des extrémités des mains et des pieds. Il avait en effet verbalement indiqué au service de la réadaptation à mi-février 2016 qu'il n'avait plus de sensations dans les extrémités des membres inférieurs et supérieurs sans autre précision et notamment sans indiquer avoir consulté le médecin susmentionné plusieurs mois auparavant, (ce qui ressort d'une note de travail du 18 février 2016 expliquant les raisons pour lesquelles la mesure d'observation professionnelle qui aurait dû commencer aux EPI en janvier 2016 n'avait finalement pas pu débuter). Il avait ainsi été mis fin au mandat de réadaptation, dans l'attente de l'avis du médecin traitant sur la faisabilité d'un tel stage. Le Dr O_____ n'a en revanche jamais établi le moindre rapport. Invité, à l'issue de la dernière audience de comparution personnelle (8 mai 2017) à produire tous documents médicaux utiles, confirmant ses déclarations (« J'interviendrai auprès de mes médecins, notamment auprès du neurologue qui m'a fait encore passer des examens ces derniers jours, pour qu'il se prononce ... sur la question de savoir si mon état de santé s'est aggravé depuis la demande de prestations de février 2012, respectivement depuis que le Dr K_____ a rendu son rapport d'expertise (février 2015) jusqu'à la décision entreprise (octobre 2016), respectivement l'incidence d'une telle aggravation, si elle existe, sur la capacité de travail, respectivement sur le rendement »), le recourant a produit quelques documents médicaux récents, postérieurs à la décision entreprise, mais aucun du neurologue susmentionné. Seul le certificat médical du 15 juin 2017 du Dr F_____, désormais son médecin traitant, évoque, outre le tableau douloureux déjà connu, et décrit de façon précise par l'expert, des symptômes de polyneuropathie des quatre membres « attestés par le Dr O_____ », mais rien d'écrit de la part de ce dernier. Et pourtant, à en croire les explications du recourant en comparution personnelle, son neurologue lui aurait encore fait passer des examens « ces

derniers jours ». Et pourtant, malgré le long délai que lui avait accordé la chambre de céans, il n'a pas cru utile de produire le moindre document relatif aux problèmes neurologiques qu'il allègue.

A/3800/2016 - 22/28 - En revanche, la chambre de céans estime inutile d'interpeller complémentirement le Dr O_____, et ceci pour plusieurs raisons : 1. La consultation de ce spécialiste paraît isolée, et remontant déjà un certain temps : en effet, le recourant a mentionné dans son complément au recours du 22 novembre 2016 qu'il avait consulté ce médecin le 16 novembre 2015, soit une année auparavant. Or, si cette consultation avait eu des suites concrètes et sérieuses, ce médecin se serait manifesté, ou du moins le recourant l'aurait sollicité pour justifier sa contestation de la décision entreprise. Selon toute vraisemblance, ces problèmes n'ont dû être que passagers, de sorte que l'on peut sérieusement douter d'une quelconque incidence de ceux-ci sur la capacité de travail du recourant. 2. L'attitude du recourant lors de la première audience de comparution personnelle tend d'ailleurs à le confirmer : il déclarait en effet et notamment : " S'agissant de retrouver un emploi, vous me faites remarquer qu'il était question à un moment donné de mettre sur pied une mesure professionnelle pour m'orienter vers l'horlogerie. D'un autre côté je pense que parallèlement j'avais manifesté le désir de me relancer dans la serrurerie légère au vu du matériel dont j'avais bénéficié. Pour répondre à votre question, je suis évidemment preneur et motivé pour entreprendre une mesure de réinsertion dans l'horlogerie. Je ne demande pas mieux ". Quoi qu'il en soit, à supposer que l'on puisse considérer que les derniers documents produits par le recourant, soient susceptibles de rendre vraisemblable une aggravation de l'état de santé, celle-ci ne peut être que postérieure à la décision entreprise, de sorte qu'elle ne pourrait pas être prise en considération dans le cadre de ce recours, mais devrait faire l'objet d'une nouvelle demande auprès de l'intimé. Cela étant, les documents produits et décrits ci-dessus dans la partie en fait (ch. 36) ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante, au sens de la jurisprudence rappelée précédemment : le certificat d'arrêt de travail du 30 mai 2017 du médecin traitant n'est pas motivé, et ne comporte aucun diagnostic ni anamnèse, même mis en relation avec le certificat médical du 15 juin 2017. Celui-ci reprend pour l'essentiel le certificat médical de 2013 du même médecin, ne comporte aucun diagnostic, et ne décrit que des problématiques déjà connues, et sur lesquelles l'expert s'est déjà prononcé. Quant au document émanant des HUG, il se borne à faire état d'une consultation pour l'essai d'un TENS, et consiste dans la demande de prise en charge de cet appareillage par l'assureur-maladie. Enfin, le résumé du séjour aux urgences psychiatriques le 20 septembre 2015 ne fait état que d'un épisode isolé, dans le cadre d'une problématique de dépendance alcoolique connue depuis plusieurs années et dont il a déjà été tenu compte dans l'appréciation du cas. Il résulte donc de ce qui précède que la décision entreprise doit être confirmée en tant qu'elle reconnaît au recourant une capacité de travail entière, avec une baisse de rendement de 20 %, dans une AA, conforme aux conclusions de l'expert. Le recours sera donc rejeté sur ce point. Il y a lieu également de relever que dans cette mesure, le taux d'invalidité retenu, de 28.1 % arrondi à 28 %, doit également être confirmé, le calcul de ce taux résultant

A/3800/2016 - 23/28 - de la comparaison des revenus avec et sans invalidité conforme aux dispositions légales et à la jurisprudence en la matière, ce principe n'ayant d'ailleurs pas été contesté par le recourant.

S'agissant en revanche de la question des mesures professionnelles, d'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie

A/3800/2016 - 24/28 - 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 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). Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1er LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20 % environ ouvre en principe droit à une mesure de

reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010). Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

E. 12

a. En l'espèce, on rappellera que dans le cadre de la procédure d'audition, à la suite de la contestation par l'assuré, et au vu du résultat de l'expertise neurologique, l'intimé avait, le 28 mai 2015, décerné un mandat de réadaptation en vue de la mise en place de mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle). Ce mandat répondait d'ailleurs au souhait clairement exprimé par le recourant de participer à une telle mesure en vue de pouvoir être réadapté dans une profession compatible

A/3800/2016 - 25/28 - avec les limitations qui lui ont été reconnues. L'intéressé avait été reçu par les EPI en décembre 2015, pour débiter la mesure en janvier 2016. b. Le 18 février 2016, une note de travail avait été établie, car la mesure n'avait effectivement pas pu débiter, pour des raisons médicales. Le service de réadaptation attendait l'avis du médecin traitant pour savoir si la mesure envisagée pouvait être mise en place dans un futur proche.

c. Le 14 juin 2016, le service de réadaptation professionnelle avait rédigé un « rapport final MOP » dans lequel, se référant à la note susmentionnée, mais également au vu du rapport du Dr F_____ du 15 mars 2016 (dont il ressort notamment que depuis l'établissement de son précédent rapport, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, qu'il pouvait encore l'être au moyen d'un sevrage strict d'alcool), il avait proposé de fermer le mandat de réadaptation, restant toutefois disposition pour des MOP, dès que l'état de santé de l'assuré le permettrait.

d. Sur quoi, sans autre élément nouveau, l'OAI avait rendu la décision entreprise, le 5 octobre 2016, refusant tant une rente d'invalidité que des mesures professionnelles. e. L'intimé lui-même, entendu en comparution personnelle le 27 février 2017 admettait : « Il est vrai d'ailleurs que la décision entreprise a été un peu rapide, dans la mesure où le rapport final du Service de réadaptation disait expressément qu'il se tenait à disposition pour poursuivre, lorsque l'état de santé de l'assuré le permettrait ». C'est dans ce contexte que, le recourant avait notamment indiqué lors de cette audience, qu'il avait toujours le matériel dont il avait hérité de la serrurerie du Léman, et qu'il ne désespérait pas de pouvoir l'utiliser un jour. Il avait tenté d'effectuer quelques travaux de serrurerie, mais sans beaucoup de

succès à raison de ses douleurs fessières. Il avait toutefois confirmé l'intérêt qu'il avait manifesté en son temps pour la mise sur pied d'une mesure professionnelle pour l'orienter vers l'horlogerie et qu'il ne demandait pas mieux, étant évidemment preneur et motivé pour entreprendre une telle mesure. Il avait donc été procédé à un bilan d'entretien en réadaptation professionnelle le 20 mars 2017, une note du 27 mars 2017 mentionnant que l'assuré était inscrit pour suivre une mesure d'orientation aux EPI du 5 juin au 3 septembre 2017, sauf désistement d'un autre assuré, permettant à cette mesure de débiter plus tôt. f. C'est ainsi que par courrier du 31 mars 2017, l'intimé a confirmé le principe de la mise en place d'une telle mesure, relevant toutefois qu'au vu de la procédure pendante devant la chambre de céans, ledit stage ne pourrait être mis en place par la seule initiative de l'OAI. Il convenait préalablement que la chambre de céans rende le plus promptement possible un jugement sur le fond, dans l'intérêt de l'assuré, et dans la mesure où il se sentait subjectivement apte à réaliser un stage au taux de 100 % avec baisse de rendement de 20 % - ce qui revenait à confirmer partiellement la décision entreprise, soit en tant qu'elle reconnaissait à l'assuré une

A/3800/2016 - 26/28 - capacité de travail de 100 % avec baisse de rendement de 20 %, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles reconnues. S'il est vrai que le recourant, entendu par la chambre de céans pour savoir si un jugement d'accord pouvait être rendu sur les bases énoncées ci-dessus, a déclaré qu'il aimerait pouvoir faire ce stage, mais qu'il considérait, - c'était d'ailleurs l'objet de son recours -, que pour des raisons qui tiennent à la fois à des problèmes somatiques, mais également aux problèmes relevant de sa consommation d'alcool et/ou de stupéfiants, sa capacité de travail dans une activité adaptée, telle que retenue par l'intimé était manifestement exagérée par rapport à ses capacités effectives. Il n'a donc pas pour autant renoncé à prétendre à une mesure de réadaptation professionnelle et ainsi à y conclure dans le cadre de son recours. L'OAI est dès lors revenu sur sa position, constatant que le recourant persistait à remettre en cause la décision entreprise en ce qui concerne le taux de sa capacité résiduelle de travail dans une activité strictement adaptée, indiquant en comparution personnelle du 8 mai 2017, puis par courrier du 23 juin 2017, qu'il avait procédé à l'annulation des mesures mises en place (stage aux EPI), « vu l'attitude subjective du recourant, et ne saurait plus les envisager ». g. Dès lors que la chambre de céans a statué ce jour sur la contestation par l'assuré du taux de CT résiduelle retenu, rejetant le recours sur ce point, cela ne signifie pas encore que l'intéressé ne donnera pas suite à la mise en place d'une mesure professionnelle qu'il appelle toujours de ses vœux, en vue de sa réadaptation dans une activité respectant les limitations fonctionnelles que personne ne remet en cause. Au vu des principes légaux et jurisprudentiels rappelés précédemment, et des faits pertinents intervenus tant au stade de la procédure administrative que pendant la procédure de recours, au sujet de la mise en place de telles mesures professionnelles, la chambre de céans considère que c'est à tort que la décision entreprise a nié à l'assuré le droit à de telles mesures. Le recours sera ainsi admis, sur ce point, le dossier étant retourné à l'intimé pour la réactivation des mesures mises en place auprès des EPI.

E. 13

Ainsi, le recours sera partiellement admis. La décision de l'OAI du 5 octobre 2016 est confirmée en tant qu'elle reconnaît au recourant une CT de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles, déterminant un taux d'invalidité de 28 %. Elle est en revanche annulée en tant qu'elle niait le

droit de l'intéressé à des mesures professionnelles, le dossier étant retourné à l'intimé pour mise en place de telles mesures, au sens des considérants, et nouvelle décision. L'attention du recourant est toutefois expressément attirée sur le fait qu'il est de son devoir de participer activement aux mesures qui seront mises en place, notamment dans le cadre de son obligation de diminuer le dommage.

A/3800/2016 - 27/28 -

E. 14

Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3800/2016 - 28/28 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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