

GE_GERICHTE ATAS/238/2011 vom 8. März 2011

GE Cour de justice, 2011-03-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_238_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/238/2011 du 8 mars 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/238/2011 del 8 marzo 2011

Erwägungen

E. 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient 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 9 octobre 2009).

A/2293/2009 - 9/21 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la décision litigieuse date du 6 février 2009, de sorte que la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et les modifications de la LAI relatives à la 4ème révision entrées en vigueur le 1er janvier 2004 sont applicables. Les modifications de la LAI relatives à la 5ème révision sont entrées en vigueur le 1er janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité postérieurement au 31 octobre 2008 doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème et à la 5ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le degré d'invalidité que présente le recourant en raison des atteintes à la santé dont il souffre.

E. 5

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI,

l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). b) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1).

A/2293/2009 - 10/21 - La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière. c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué 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 LPGA). 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 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 223 consid. 4.1, 128 V 174). 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. Le revenu d'invalide 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). 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. Elle est destinée à déterminer un revenu qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'assuré (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). On ajoutera enfin que le Tribunal fédéral a rendu une décision de principe, selon laquelle il convient de ne

A/2293/2009 - 11/21 - pas prendre en considération les données salariales régionales telles qu'elles ressortent de la table TA13 de l'ESS lors de la détermination du revenu

hypothétique d'invalidé (GG 10111/05). Cette décision de principe vaut également pour les données issues des « salaires d'usage par branche dans 7 régions suisses » de l'USS (ATF non publié du 22 août 2006, I 424/05).

E. 6

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 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). 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). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). De plus, en vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (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 (al. 1er). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie (al. 2).

E. 7

a) 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).

A/2293/2009 - 12/21 - b/aa) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un

rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). b/bb) 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). b/cc) 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 p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; 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 (cf. not. arrêt non publié du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009).

A/2293/2009 - 13/21 - Ce n'est que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, que la cause ne peut être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et qu'il y a alors lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). b/dd) Le Tribunal fédéral a cependant eu l'occasion d'expliquer que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet en fin de compte de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si le Tribunal fédéral tient compte de la différence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (cf. arrêts du Tribunal fédéral non publiés 9C_701/2007 du 20 juin 2008, consid. 3.3 et 9C_897/2007 du 8 juillet 2008 et les références), il n'a jamais établi, sur la base des critères énoncés précédemment, une hiérarchie entre les divers types d'expertises médicales (cf. arrêt du

Tribunal fédéral non publié du 15 septembre 2008, 9C_885/2007, consid. 3.2). Enfin, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). c) Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail ou de gain sur le marché du travail. Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration ou au juge de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (arrêt I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 page 64).

A/2293/2009 - 14/21 -

E. 8

Dans le cas d'espèce, la décision de l'OAI de limiter l'octroi d'une rente entière est fondée sur l'avis du SMR du 10 septembre 2008, lui-même entièrement basé sur le rapport de la CRR du 6 août 2008. La Cour de céans constate que ce rapport se base sur des examens du recourant, sur ses plaintes, sur son dossier médical et radiologique et sur une anamnèse médicale très complète. L'assuré a été soumis à un examen somatique, neuropsychologique et psychiatrique. Il a bénéficié de séances de physiothérapie et d'ergothérapie ayant permis une légère amélioration de ses limitations. Ses capacités ont été examinées dans le cadre d'ateliers, mais aussi de la vie courante dans la clinique. Les limitations fonctionnelles ont été précisément exposées et sont fondées sur les performances réalisées par le patient après trois semaines de rééducation fonctionnelle. La description et l'appréciation médicales sont claires. En effet, les médecins se sont exprimés sur les raisons qui les amenaient à retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Leurs conclusions sont motivées et convaincantes. De plus, leur rapport ne contient ni contradictions ni indices permettant de remettre en cause le bien-fondé des conclusions. Au demeurant, ces conclusions ne sont pas remises en cause par les divers autres avis médicaux au dossier ou contredites par d'autres éléments probants. L'importante limitation dans les déplacements relevée par l'atelier de réadaptation des HUG est identique à celle constatée par la CRR à l'admission du patient, mais elle a connu une amélioration lors du séjour à la CRR. De plus, les HUG relèvent aussi un rendement de 100% dans une activité en position uniquement assise. L'avis du Dr D _____, médecin traitant, n'est pas suffisamment étayé pour admettre ses conclusions, à savoir que l'assuré ne peut pas travailler car son état n'est pas stabilisé, plusieurs opérations étant encore nécessaires et l'assuré ne pouvant pas lire plus de deux lignes d'affilée. Les seules opérations documentées sont la pose prévue d'un filet abdominal suite à une éviscération et la correction des multiples cicatrices ventrales, mais après que le patient ait perdu du poids, selon le Prof. E _____ des HUG. Le Dr C _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et qui a également ausculté le patient, a admis une stabilisation de l'état de santé fin avril 2008,

le séjour à la CRR ayant pour but de déterminer précisément ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail. Ni le prof E _____ (chirurgie viscérale), ni le Dr F _____ (oto-rhino-laryngologue), ni aucun des autres spécialistes ayant soigné ou eu en consultation l'assuré suite à son accident ne font état d'autres limitations que celles admises par la CRR (autre que la fatigue) ou d'une incapacité de travail dans toute activité. La mention d'un dommage permanent par le Dr C _____ concerne le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle, qui est tout à fait indépendante de l'appréciation de la capacité de travail. Le défaut d'acuité d'un œil est réel, mais n'empêche pas l'assuré de conduire son véhicule privé, ni de travailler en atelier aux HUG à la CRR durant plusieurs heures d'affilée.

A/2293/2009 - 15/21 - Les conclusions de la CRR sont donc convaincantes et ne contredisent pas les autres avis: l'assuré est totalement et définitivement incapable d'exercer sa précédente profession et les séquelles au membre inférieur gauche resteront élevées, malgré une amélioration de la marche. L'assuré peut exercer à 100% une profession qui tient compte des limitations admises. Du point de vue neurologique, il reste de discrètes difficultés exécutives; du point de vue ophtalmique: l'acuité visuelle de l'œil droit est diminuée; du point de vue moteur, sont à proscrire: les longs déplacements, la position debout prolongée, la marche dans les escaliers ou sur des échelles, la position accroupie et à genoux et le port de charge de plus de 15 kg. Le premier grief de l'assuré doit donc être écarté et la Cour peut se fonder sur le rapport de la CRR, sans instruction médicale complémentaire. S'agissant des résultats de la mesure d'observation et d'orientation auprès des EPI, elle a permis de corroborer les conclusions médicales, à savoir que l'assuré est capable de travailler à plein temps, en position majoritairement assise (80%), sans port de charge et sans travaux fins en raison du défaut d'acuité visuelle, dans le circuit économique normal avec un rendement de 80% à 100%. A noter que le rendement réduit à 50% lors du stage pratique est essentiellement dû à l'absence de formation professionnelle et au déficit de connaissance en informatique et de maîtrise de la langue française. Bien que ce constat puisse certes paraître déconcertant, compte tenu de la gravité de l'accident et de ses conséquences immédiates et à long terme sur la santé de l'assuré, qui est fréquemment décrit comme un miraculé, il doit cependant être admis et, comme relevé par plusieurs médecins et autres intervenants, en grande partie dû à la volonté et aux efforts très méritoires de l'assuré.

E. 9

Pour ce qui concerne le calcul du revenu d'invalidité, les objections de l'assuré ne sont pas dénuées de pertinence, mais le Tribunal fédéral a maintes fois rappelé que l'OAI pouvait se fonder sur les ESS, et faire abstraction des particularités locales telles les conventions collectives, pour déterminer le revenu d'invalidité. La jurisprudence du Tribunal Fédéral admet aussi largement le recours à la table TA1 lorsque l'assuré n'a pas de formation professionnelle et peut travailler dans une activité simple et répétitive dans l'industrie légère par exemple ou la vente de détail. Ainsi, le salaire ressortant de ESS 2006, TA1, niveau 4, homme, reporté à un horaire de 41,6 heures est correctement fixé à 59'197 fr. Cela étant, la décision querellée aurait dû calculer le degré d'invalidité sur le salaire de 2008, s'agissant d'une révision de la décision d'octroyer une rente entière en 2006 en raison de l'incapacité totale de travailler dans toute profession. De plus, la diminution de rendement, qui n'a pas été examinée, ni exclue par la CRR, liée à une fatigabilité accrue due à l'absence d'un rein, et à la nécessité d'alterner les positions a été exclue par l'OAI sans examen attentif de la

situation. La CRR relève pourtant que l'assuré a pu seulement à quelques reprises travailler en

A/2293/2009 - 16/21 - atelier 8 heures par jour entrecoupées toutefois de séances de physiothérapie et d'ergothérapie et que le maintien de la position assise pour plus de 3 heures augmente les douleurs et oblige l'assuré à se lever, tout en affirmant que la volonté de l'assuré de faire son maximum est réelle et le degré de cohérence élevé. Les EPI admettent un rendement allant de 80% à 100%, voire moins en entreprise en raison de la fatigabilité accrue. Il convient donc de retenir une baisse de rendement moyenne de 20%. De même, si l'OAI a exclu à juste titre que l'assuré ne remplissait pas les conditions d'un abattement maximum en raison de son jeune âge, de son adaptabilité, il a sous évalué l'importance des limitations fonctionnelles, car le défaut d'acuité visuelle, même d'un seul œil, additionné aux autres limitations motrices, est un frein important à l'obtention d'un salaire tel que celui ressortant des ESS. Il convient donc d'admettre un abattement de 20%. C'est ainsi que le salaire ressortant des ESS 2008, TA1, niveau 4, homme, reporté à un horaire de 41,6 heures est de 59'978 fr. Réduit de 40%, le salaire avec invalidité s'élève à 35'987 fr. Le salaire sans invalidité retenu est de 48'000 fr (4'000 fr x 12), alors qu'il ressort de l'attestation de l'employeur qu'un 13ème salaire a été versé en 2005 (document 13, au prorata compte tenu de la prise d'emploi en juin 2005 seulement). Ce 13ème salaire ressort aussi des renseignements donnés par l'assuré lors du stage en ateliers à la CRR (document 36, page 1) et de la déclaration de l'employeur à la SUVA (document 10, page 16). Il est par ailleurs expressément prévu par la convention collective applicable à la branche. Le salaire de l'assuré sans invalidité est donc de 52'000 fr. en 2005. Indexé à 2008, il s'élève à 53'893 fr. Ainsi, le taux d'invalidité de l'assuré, en 2008 est de 33,22% Ainsi, l'amélioration de l'état de santé constatée lors du séjour à la CRR à fin juillet 2008 a un effet important sur le taux d'invalidité, qui passe de 100% à 33%, ce qui justifie la révision de la décision d'octroi de la rente entière en 2006. Un taux d'invalidité de 33% n'ouvre pas de droit à une rente d'invalidité, de sorte que la décision de l'OAI est sur ce point bien fondée.

E. 10

Reste à examiner le droit de l'assuré à des mesures de réadaptation professionnelle, et plus particulièrement, comme il le souhaite, un stage de six à douze mois de réentraînement à l'effort. a) En sus de l'article 14a LAI instituant des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation, les articles 15 et suivants LAI prévoient plusieurs mesures d'ordre professionnel, soit l'orientation professionnelle (art.15 LAI), la formation professionnelle initiale (art.16 LAI), le reclassement (art.17 LAI), le placement (art. 18), l'allocation initiale au travail (art. 18a LAI) et l'aide en capital (art. 18b LAI).

b) L'article 15 LAI prescrit que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation

A/2293/2009 - 17/21 - professionnelle. Selon la circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel (CMRP) de l'OFAS état au 1er janvier 2009, l'orientation professionnelle, qui inclut également des 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 pour une activité dans un autre domaine, voir un placement adéquat. L'orientation peut consister en des stages pratiques, des examens plus étendus dans des centres spécialisés de formation professionnelle ou de réadaptation, sur le marché libre ou dans les centres de formation

professionnelle (COMAI). L'examen sera effectué d'après un programme spécifiquement établi ou standardisé précisant clairement l'objectif. c) Selon l'article 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. 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 ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1). Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1er LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

A/2293/2009 - 18/21 - d) L'article 18 LAI prévoit que l'assuré qui présente une incapacité de travail (art. 6 LPGa) et qui est susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi, un conseil suivi afin de conserver un emploi. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimes, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). Le Tribunal fédéral a rappelé, dans un arrêt du 13 octobre 2009 que la jurisprudence précitée n'a jamais fait mention de la condition d'une perte de gain de 20 % s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi. L'art. 18 al. 1 première phrase LAI, dans sa teneur selon la nouvelle du 21 mars 2003 ([4e révision de l'AI], en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007), disposait que les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la nouvelle du 6 octobre 2006 [5e révision de l'AI], en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit: a. à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b. à un conseil suivi afin de conserver un emploi. Selon la jurisprudence, les raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 consid. 6a p. 81). Lorsque la capacité de travail est

limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt [du Tribunal fédéral des assurances] I 421/01 du 15 juillet 2002, consid. 2c in VSI 2003 p. 274 s.), principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurait valable également après l'entrée en vigueur de la 4e révision de l'AI (arrêt I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162). L'art. 18 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur selon la novelle du 6 octobre 2006, correspond à l'art. 18a (nouveau) al. 1 LAI du projet du Conseil fédéral dans son message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (5e révision de l'AI). Il ressort du message précité de l'autorité exécutive que les assurés présentant une incapacité de travail complète ou partielle doivent avoir droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié et, s'ils

A/2293/2009 - 19/21 - en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver (FF 2005 4279). Le Conseil fédéral y relève que l'art. 18a (nouveau) al. 1 LAI formule les conditions d'octroi de façon plus large que l'"actuel" art. 18, al. 1, de façon que toute personne en incapacité de travail, mais apte à la réadaptation, puisse profiter du placement et que la disposition est en outre complétée par la précision suivante: la personne assurée - et donc aussi son employeur - n'a pas seulement droit à un conseil suivi en vue du maintien d'un emploi existant mais aussi en vue d'un nouvel emploi procuré par l'AI. De la sorte, la personne assurée et son employeur peuvent compter sur le soutien des spécialistes de l'AI précisément au début d'un nouvel emploi (FF 2005 4319). Ainsi que le relève fréquemment l'OFAS, l'extension du droit au placement dans le cadre de la 5e révision de l'AI ne prévoit pas la possibilité d'une courte période d'observation professionnelle et/ou d'un entraînement au travail. Le Conseil fédéral n'a pas prévu cette possibilité dans le message précité du 22 juin 2005 (FF 2005 4215), ni du reste dans le message du 21 février 2001 relatif à la 4e révision de l'AI (FF 2001 3045). Au regard de l'art. 18 al. 1 LAI, dont le texte et le sens sont absolument clairs, la mesure d'aide au placement ne permet pas de prévoir une courte période d'observation professionnelle et d'entraînement au travail (ATF 9C_416/2009, du 1er mars 2010).

E. 11

En l'espèce, à défaut de formation professionnelle initiale, et du fait de la pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité simple et répétitive, avec un rendement de 80%, le reclassement ne se justifie pas, malgré le taux d'invalidité de 33% étant rappelé que les préférences de l'assuré, qui exigent une formation en informatique et en français, ne sont pas déterminantes. Le réentraînement à l'effort est, d'une part, exclu des mesures d'aide au placement par le Tribunal Fédéral, et ne semble pas, d'autre part, nécessaire au cas d'espèce, au vu du constat précité d'une pleine capacité sur le marché du travail ordinaire avec une diminution de rendement, ni les médecins, ni les ateliers professionnels ne mentionnant qu'une période de réentraînement soit nécessaire, en sus de celle effectuée à la CRR. Il semble plutôt que le stage de six à douze mois dans le garage X_____ soit une formation en emploi, alliée à des cours de français et d'informatique, et non pas un réentraînement. Si l'intérêt du projet de réorientation n'est pas contestable, il n'est pas à la charge de l'assurance invalidité, dès lors que l'assuré peut travailler, avec un rendement réduit dans un emploi n'exigeant pas de formation particulière, en position assise et que la réorientation envisagée ne lui permet pas de réaliser un salaire supérieur à celui ressortant du TA1 retenu. Au demeurant, aucune place n'étant disponible auprès du garage X_____ pour effectuer ce stage de formation, il n'est pas nécessaire d'examiner si

l'Etat, qui a déjà pris en charge à titre tout à fait exceptionnel le stage aux EPI, pourrait se substituer à l'OAI, à défaut d'obligation légale pour ce dernier de prendre en charge des mesures de réadaptation professionnelle.

A/2293/2009 - 20/21 - Sur ce point également, la décision de l'OAI qui n'octroie pas de mesures professionnelles est fondée. Le recourant ne fait pas valoir qu'il serait entravé par ses problèmes de santé dans la recherche d'un emploi approprié au sens de la jurisprudence précitée, étant rappelé que la décision de l'OAI réserve l'éventualité d'une aide au placement sur demande motivée de l'assuré.

E. 12

Ainsi, la décision est fondée et le recours doit être rejeté. La procédure n'est pas gratuite en matière de contestation des prestations de l'assurance-invalidité, aux termes de l'art. 69 al. 1bis LAI. Partant, le recourant sera condamné à un émolument de justice de 200 fr.

A/2293/2009 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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