

GE_GERICHTE ATAS/274/2015 vom 2. April 2015

GE Cour de justice, 2015-04-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_274_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/274/2015 du 2 avril 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/274/2015 del 2 aprile 2015

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05), en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

Celle-ci est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

E. 2

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 136 V 24 consid. 4.3). Les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1er janvier 2008. Toutefois, le droit à la rente s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 s'examine à la lumière des anciennes normes. Les dispositions de la 6ème révision (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659; FF 2010 1647) ne sont pas applicables.

E. 3

Le recourant a présenté sa demande de rente le 25 juillet 2001. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement, la chambre de céans peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 25 juillet 2000 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 10 décembre 2010, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1).

E. 4

a. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa

gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. b. Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi rente s'il est invalide à 50%, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% et à

A/326/2011 - 27/35 - une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). c. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b ; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (VSI 1998 p. 126 consid. 3c). Depuis le 1er janvier 2008, l'art. 28 al. 1 LAI prévoit que 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.

E. 5

a. En l'espèce, les diagnostics retenus par les médecins et les experts ne sont, dans l'ensemble, pas remis en cause. Comme l'a relevé le SMR dans son avis du 21 juin 2011, les radiographies versées au dossier ont été effectuées par des praticiens différents ayant chacun leur manière de décrire les choses, les uns parlant de protrusions, les autres de proéminence ou hernie discale. En particulier, si le rapport d'IRM du 15 avril 2011 - dans la mesure où ce document peut, le cas échéant, être pris en considération (cf. ci-dessous § 6 let. i) - parlait d'une hernie discale au niveau C6/C7 responsable d'un rétrécissement foraminaux modéré, ce dernier pouvait être dû aussi bien à une hernie discale qu'à une uncarthrose, alors que le rapport d'IRM du 4 mars 2010 évoquait, pour cette même région, une discopathie protrusive avec un caractère plus focal au niveau foraminaux D entraînant un rétrécissement du trou de conjugaison. La description radiologique pouvait ainsi être légèrement différente.

b. Il n'est pas non plus contesté que les affections dont souffre l'assuré l'empêchent totalement d'exercer son ancienne activité de facteur depuis le 3 février 2000, respectivement le 1er février 2001, date d'échéance du délai de carence d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 LAI.

c. Seule reste litigieuse l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée depuis cette dernière date. Se ralliant à l'évaluation de l'expert R_____, ainsi qu'aux avis de son SMR des 20 avril 2010, 5 mai, 21 juin, 22 août et 14 novembre 2011, 11 novembre 2013, et 6 juin 2014, l'OAI estime que l'assuré dispose d'une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité strictement

A/326/2011 - 28/35 - adaptée aux limitations fonctionnelles. De son côté, le recourant allègue ne pouvoir travailler désormais qu'à 50%, voire à 25%, en se fondant sur les conclusions des experts judiciaires AE_____, AP_____, AK_____, AJ_____ et

AI_____ (cf. rapports d'expertise des 22 mars et 22 mai 2013 et leur complément des 21 octobre 2013 et 15 octobre 2014).

E. 6

a. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a). La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale ordonnée par l'administration ou le juge, 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Au sujet 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d et arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un

A/326/2011 - 29/35 - spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Enfin, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a).

b. Dans leurs rapports des 22 mars et 22 mai 2013 et leur complément des 21 octobre 2013 et 15 octobre 2014, les experts judiciaires ont motivé leur évaluation de la capacité de

travail résiduelle du recourant (50% dans une activité adaptée) en tenant compte avant tout du caractère chronique d'un syndrome douloureux depuis 2001. A cet égard, ils ont retenu que l'expertisé présentait un déconditionnement physique de plus de treize ans, lequel entretenait probablement les douleurs. Ils se sont également ralliés à l'estimation des médecins de la SUVA, « dont nous connaissons très bien la rigueur », singulièrement au rapport de la CRR du 11 juillet 2001, tout en précisant que cette capacité de travail ne pouvait pas être améliorée après un nouvel accident survenu en 2005. Ils ont encore expliqué qu'un syndrome douloureux pouvait engendrer une souffrance, sans que l'on puisse pour autant retrouver un déficit clinique reproductible dans la salle d'examen, « mais que celui-ci apparaissait ou se péjorait en situation de travail ».

c. Indépendamment du fait que la simple référence à « la rigueur » des médecins de la SUVA ou à la survenance d'un « nouvel accident survenu en 2005 » ne constitue pas une motivation suffisante, pareille argumentation n'est pas convaincante. En effet, dans leur rapport du 11 juillet 2001, les médecins de la CRR se sont uniquement prononcés sur la capacité de travail de l'assuré dans son activité auprès de la Poste, et non pas dans une activité de remplacement. D'autre part, même s'il apparaît important, le déconditionnement présenté par l'assuré, en relation notamment avec les cervicalgies, ne présente pas en soi les caractéristiques d'une atteinte à la santé (comp. arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2007 du 25 avril 2008 consid. 3.2). La longue période d'inactivité du recourant depuis 2001 – soit neuf années si l'on s'en tient à la date déterminante de la décision attaquée du 15 décembre 2010 - n'est dès lors pas, en tant que telle, déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité pour juger de l'exigibilité ou non d'une reprise d'activité professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral I 794/03 du 9 août 2004 consid. 4.1). Dans son expertise psychiatrique du 10 juillet 2006, qui répond à toutes les conditions permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a), le Dr Q_____ avait d'ailleurs déjà exclu toute atteinte psychiatrique en l'occurrence, quand bien même l'inactivité dans laquelle se trouvait alors l'expertisé depuis cinq ans était un terrain plus que favorable à l'amplification d'une fixation sur la symptomatologie douloureuse.

A/326/2011 - 30/35 -

d. Les considérations formulées par les experts judiciaires ne permettent pas non plus de renverser la présomption selon laquelle les effets des troubles somatoformes douloureux ou un autre syndrome semblable dont l'étiologie est incertaine - à l'instar du syndrome douloureux finalement retenu par ces derniers en l'espèce - peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1). En effet, on ne retrouve pas en l'occurrence les critères défavorables permettant d'admettre - à titre exceptionnel - comme non exigible un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 ; Mosimann, Somatoforme Störungen : Gerichte und (psychiatrische) Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss). En particulier, il n'y a pas eu de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, étant donné que le recourant a continué d'avoir une certaine activité. Ainsi, celui-ci a pu décrocher un diplôme de guide touristique en mai 2008 et travaille depuis lors en cette qualité quelques heures par mois, sur appel. Il a également été en mesure d'exercer la charge, occasionnelle, de député municipal entre 2008 et 2011. Au demeurant, on rappellera que dans son rapport du 30 mai 2006, l'expert psychiatre avait exclu toute atteinte ou limitation psychiatrique en l'occurrence.

e. Certes, une péjoration de l'état de santé du recourant ne peut être exclue lors de la reprise d'une activité professionnelle à plus ou moins long terme. Il n'y a toutefois pas lieu de la prendre en considération de façon anticipée dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail, ce d'autant plus qu'une rechute n'est, par définition, ni prévisible ni quantifiable (comp. arrêt du Tribunal fédéral 9_485/2013 du 1er avril 2014 consid. 4.3.1). Les conséquences négatives d'une reprise du travail par le recourant apparaissent au demeurant seulement vraisemblables, ce qui ne suffit pas à établir un fait dans un procès en matière d'assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b).

f. Quant à la référence à la littérature médicale concernant l'impact des douleurs sur le plan neurologique, elle ne suffit pas pour se convaincre d'une incapacité d'exercer à plein temps une activité adaptée aux limitations de l'assuré, ni pour admettre, d'une façon générale, qu'une telle atteinte entraîne en tant que telle une incapacité de travail de 50%. Au demeurant, les experts judiciaires n'ont pas indiqué les raisons pour lesquelles ils s'écartaient sur ce point de l'appréciation de l'expert R_____, respectivement de celle, entre autres, du Dr K_____ (cf. consid. 6 g, ci-après).

g. En revanche, il convient d'accorder une valeur probante supérieure au rapport d'expertise du Dr R_____ du 25 novembre 2006, ainsi qu'aux avis subséquents du SMR, concluant à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Certes, quelques années se sont écoulées entre le moment où cet expert a examiné l'assuré et le jour où la décision litigieuse a été rendue (15 décembre 2010). Ce fait n'altère pas pour autant la valeur probante de son expertise

A/326/2011 - 31/35 - (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a). Seul est décisif le fait que les conclusions de ce médecin n'ont pas été remises en cause par un avis médical pertinent à ce jour. En particulier, le Dr R_____ a effectué un examen approfondi de l'intéressé, s'est déterminé en pleine connaissance de l'anamnèse et a dûment pris note des plaintes de celui-ci en les mettant en relation avec les éléments objectifs constatés lors de l'examen clinique et a dûment motivé pour quelles raisons il a estimé que l'assuré bénéficiait encore d'une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cet expert a indiqué que des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables « dès maintenant » (rapport, p. 19), laissant ainsi entendre que l'expertisé disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 25 novembre 2006 au moins, date à laquelle il a établi son rapport d'expertise. Le Dr R_____ a d'ailleurs précisé que ces mêmes mesures avaient déjà été proposées par le Dr K_____ « depuis plusieurs années » (cf. notamment rapport de ce dernier du 26 janvier 2003, renvoyant au rapport du Dr L_____ du 26 août 2002), mais qu'elles n'avaient pas été pratiquées de manière idoine à la CRR en juin 2001. On peut donc en inférer que l'assuré disposait a priori d'une telle capacité de travail depuis l'été 2001 au plus tôt. Cette conclusion est corroborée par les différents médecins ayant ensuite examiné l'assuré. Ainsi, dans son rapport du 15 mars 2002, le Dr H_____ a estimé qu'une activité adaptée était envisageable à 100%, depuis le 27 novembre 2001, dans un poste évitant les mouvements répétitifs, le port de charges de plus de 5 kg, la position à genoux et accroupie, l'inclinaison du buste, le travail en hauteur (voir aussi, dans ce sens, le courrier du Dr J_____, médecin-conseil de la Poste, 4 septembre 2002). Le Dr L_____ et le Dr K_____ ont également confirmé cette estimation (rapports des 26 août 2002 et 26 janvier 2003 ; voir également l'avis du service médical de la Poste du 19 mai 2003). Par ailleurs, postérieurement à l'expertise du Dr R_____, le médecin-traitant lui-même a attesté le

maintien d'une capacité complète de travail dans une activité adaptée (certificat du Dr K_____ du 16 avril 2007, cité dans la décision de l'OCE du 9 juin 2007), l'assuré s'étant par ailleurs déclaré apte à travailler à 100% dans une activité adaptée lorsqu'il s'est inscrit à l'assurance-chômage en février 2007. Dans un avis du 20 avril 2010, le SMR a encore relevé que l'IRM cervicale du 4 mars 2010 ne mettait pas en évidence d'aggravation significative de la situation médicale par rapport à celle constatée par le Dr R_____ en novembre 2006. h. Le recourant ne saurait non plus se prévaloir du fait que les mesures de réadaptation dont il a bénéficié ont été interrompues prématurément pour les raisons de santé alléguées par lui, dès lors que les données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, ces dernières étant susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF 125 V 256 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 5.2). Pour les mêmes raisons, il convient de relativiser les conclusions des maîtres de stage

A/326/2011 - 32/35 - des EPI, selon lesquelles l'assuré disposait d'une « rentabilité de 50% » (rapport du 16 septembre 2010). Au demeurant, les auteurs de ce rapport ont admis que ce taux n'était pas définitif et pouvait « être amélioré avec de la pratique ».

i. Le recourant soutient encore que, dans son expertise, le Dr R_____ n'a pas pris en compte les pathologies ressortant de l'IRM cervicale du 15 avril 2011, du rapport de radiographie du rachis cervical du 22 avril 2011 et du rapport du Dr Z_____ du 13 mai 2011, faisant en particulier état d'un rétrécissement du canal rachidien au niveau C4-C5, C5-C6 et C6-C7. Ces documents semblent toutefois se rapporter à un état de santé postérieur à la date déterminante de la décision litigieuse du 15 décembre 2010. Ils ne peuvent donc en principe pas être pris en compte pour fixer la capacité de travail de l'assuré en l'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3). Quoiqu'il en soit, les experts judiciaires ont constaté que les rétrécissements dégénératifs du canal cervical, la diminution des trous de conjugaison ou les protrusions mises en évidence dans le rapport d'IRM cervicale du 4 mars 2010, respectivement les hernies discales mentionnées dans le rapport d'IRM cervicale du 15 avril 2011, n'avaient pas produit des symptômes sévères, et, partant, handicapant, comme par exemple une myélopathie par compression médullaire (cf. rapport des Dresses AE_____ et AF_____ du 22 mars 2013). Ces experts n'ont pas non plus confirmé l'existence d'une atteinte radiculaire significative (évoquée, au demeurant, uniquement sous forme hypothétique dans le rapport de la Dresse U_____ du 4 mars 2010). Ils n'ont pas d'avantage fait état d'une sensible aggravation de l'état de santé de l'expertisé postérieurement à l'expertise du Dr R_____ du 25 novembre 2006, estimant, au contraire, que la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée retenue par la CRR dans son rapport du 11 juillet 2001 était restée stable. C'est le lieu de relever que, contrairement à ce qu'avait avancé le recourant dans ses observations du 28 septembre 2011, en se basant sur les conclusions (erronées) du Dr AB_____ du 7 juin précédent, le rapport d'IRM du 15 avril 2011 n'a nullement mis en évidence une compression médullaire, mais attesté, au contraire, que le cordon médullaire conservait un calibre satisfaisant avec intégrité de la jonction bulbo-médullaire et qu'il n'existait pas non plus de myélopathie cervico-arthrosique. Enfin, on notera que le rapport de la CRR du 11 juillet 2001, que le Dr R_____ a dûment pris en considération dans son rapport d'expertise du 25 novembre 2006, mentionnait déjà l'existence du canal cervical rétréci en C4-C6 apparaissant dans l'IRM cervicale du 4 mars 2010.

j. Dans ces conditions, il faut admettre que, du point de vue juridique, le recourant est en mesure, nonobstant ses douleurs engendrant les limitations fonctionnelles précitées, de reprendre à 100% une activité professionnelle strictement adaptée à celles-ci.

E. 7

Le salaire sans invalidité retenu par l'office intimé n'étant pas contesté, ni critiquable, il n'y a pas lieu d'y revenir.

A/326/2011 - 33/35 -

E. 8

Le salaire avec invalidité de CHF 57'019.- en 2001 (salaire ESS 2000, actualisé, TA1, homme, activité simple et répétitive) doit être confirmé. En effet, vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - (arrêt I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4), on doit admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes de santé du recourant (comp. arrêts du Tribunal fédéral 9C_788/2012 du 4 mars 2013 consid. 6 et I 25/05 du 30 septembre 2005 consid. 4.1 concernant plus particulièrement une activité sans mouvements répétitifs du rachis), à l'instar de travaux de conditionnement légers ou d'une activité de réceptionniste proposés par les EPI (cf. ci-dessus § 53), ou encore d'une activité de type bureau, comme l'a suggéré l'expert R_____ (rapport du 25 novembre 2006, p. 20), voire dans le domaine de formation de l'assuré (tourisme76z) (rapport d'expertise du 22 mai 2013, p. 8, § 9).

En conséquence, un complément d'expertise en vue de déterminer le genre d'activités adaptées à son handicap, comme le demande le recourant, n'est pas nécessaire. C'est le lieu de rappeler que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail ; il convient uniquement de se demander si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 3.5).

E. 9

Le taux d'abattement de 20% sur le salaire d'invalide retenu par l'OAI apparaît justifié, au vu des restrictions personnelles de l'intéressé à des activités légères (évitant en particulier les mouvements répétitifs au-dessus des épaules, l'inclination du buste et le port de charges, épargnant la nuque et permettant des positions alternées). A noter qu'un abattement supplémentaire de 5% - l'abaissement maximal admis par la jurisprudence étant de 25% (ATF 126 V 728 consid. 5) -, pour tenir compte d'un léger ralentissement psychomoteur ou de légères difficultés de concentration que les médecins ont retenus, sans pour autant en évaluer précisément les répercussions sur la capacité de travail (cf. certificat du Dr N_____ du 11 janvier 2005, rapport de la psychologue O_____ du 4 novembre 2005 et rapport d'expertise des Dresses AE_____ et AF_____ du 22 mars 2013), n'aurait pas pour autant permis à l'assuré d'atteindre le seuil d'accès de 40% requis pour l'octroi d'une rente d'invalidité (CHF 66'310 – CHF 42'764) x CHF 66'310 : 100 = 36%).

E. 10

Conformément à la suggestion du MAMAC, à laquelle le SMR semble s'être rallié (cf. ci-dessus, § 55), et à celle des experts judiciaires (cf. rapport complémentaire du 25 février 2014), il conviendra d'accorder à l'assuré une aide au placement (art. 18 al. 1 LAI) pour l'aider à trouver une activité correspondant à ses

A/326/2011 - 34/35 - limitations fonctionnelles, compte tenu par ailleurs de sa longue absence du marché du travail et au risque éventuel de surcharge psychologique liée à une réinsertion professionnelle après une quinzaine d'années d'inactivité à ce jour. Le cas échéant, il incombera à l'office intimé de prendre également en charge les frais d'une prise en charge psychiatrique, en vue de permettre à l'assuré de reprendre graduellement une activité professionnelle, étant précisé qu'il ne s'agit pas de soigner une affection psychique comme telle, mais de fournir une prestation s'apparentant à une aide au placement (cf. ATFA du 28 août 2001, I 128/01, consid. 3).

E. 11

Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

E. 12

L'émolument, fixé à CHF 500.-, est mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69al. 1bis LAI).

A/326/2011 - 35/35 -

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