

GE_GERICHTE ATAS/283/2009 vom 10. März 2009

GE Cour de justice, 2009-03-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_283_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/283/2009 du 10 mars 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/283/2009 del 10 marzo 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A teneur de l'art. 70 al. 1 et 2 de la loi cantonale sur la procédure administrative (LPA), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune (ATF 128 V 126 consid. 1 et 194 consid. 1). En l'espèce, les recours concernent un ensemble de faits communs ou, en d'autres termes, une situation identique. Il se justifie ainsi de joindre les causes A/3013/2008 et A/3014/2008 en la cause no A/3013/2008.

E. 3

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

A/3013/2008 - 11/20 - En l'espèce, les décisions litigieuses, datant des 19 et 20 juin 2008, sont postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), cependant, les faits pertinents remontent à l'année 2001. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93

consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 4

Les décisions de l'OCAI du 19 et 20 juin 2008 sur lesquelles portent les recours de l'assuré, lui ont été notifiées en date du 20 juin 2008, de sorte que le délai de recours arrive à échéance en date du 21 août 2008 (art. 60 et 38 al. 4 let b p.a. LPGA). Les recours sont ainsi interjetés dans le délai légal et respectent également les exigences de forme (art. 56 à 60 LPGA).

E. 5

Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son droit à une rente, à une mesure de reclassement et à une aide au placement.

E. 6

L'invalidité est définie par la loi comme la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). L'incapacité de gain consiste en la diminution moyenne prévisible des possibilités de gain de la personne concernée sur l'ensemble du marché du travail équilibré pouvant entrer en considération pour elle.

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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

A/3013/2008 - 12/20 - Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin

consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. 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).

E. 8

En ce qui concerne la preuve, 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

A/3013/2008 - 13/20 - 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).

E. 9

Il n'est pas contesté que la capacité de travail de l'assuré est nulle dans l'activité antérieure. L'OCAI a, en revanche, considéré que l'assuré pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée. L'assuré conteste ce taux.

E. 10

Pour établir la capacité de travail de l'assuré, l'OCAI s'est fondé sur le rapport bidisciplinaire des Drs F_____ et G_____, et sur les conclusions des Drs K_____ et Q_____.

E. 11

Les Dr F_____ et G_____ ont, dans leur rapport du 12 juillet 2004, retenu les diagnostics de cervicobrachialgies droites chroniques, de lombalgies chroniques et de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire. L'examen neurologique effectué était dans les limites de la norme, en l'absence de syndrome déficitaire ou radiculaire de type irritatif et l'examen clinique n'avait mis en évidence qu'un discret syndrome lombo-vertébral associé au niveau lombaire. Les médecins n'ont retenu qu'une limitation discrète des amplitudes articulaires du rachis cervical et lombaire et un discret syndrome lombo-vertébral associé au niveau lombaire. Ils ont, en revanche, constaté une impotence majeure au niveau du membre supérieur droit et notamment une forte limitation des amplitudes articulaires. Ces affections somatiques devaient, d'après eux, être précisées avant qu'ils puissent se déterminer sur les limitations fonctionnelles et la capacité résiduelle

de travail dans une activité adaptée. L'activité précédente ne pouvait plus être exercée. C'est à la suite de ces constatations que le Dr K_____ a examiné l'assuré et posé les diagnostics de déchirure spontanée des tendons des muscles sus-épineux des coiffes des rotateurs des deux épaules (M75.1), de status après suture du tendon sus-épineux et acromioplastie de l'épaule droite et de cervicalgies chroniques sans substrat radiologique (M54.2). Le diagnostic de périarthrite de la hanche droite également retenu n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, soit dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire en évitant le port de charges d'un poids supérieur à cinq kilogrammes, l'utilisation de ses membres supérieurs au-delà de l'horizontale et les travaux en porte-à-faux ou penchés en avant, en raison des antécédents lombalgiques. Il sera constaté que le rapport d'examen du Dr K_____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de l'assuré et tient compte de ses plaintes. L'examineur expose de manière claire les constatations cliniques objectives et les interférences médicales ainsi que leurs conséquences sur la capacité de l'assuré à

A/3013/2008 - 14/20 - exercer certaines activités, soit ses limitations fonctionnelles. Ses examens sont complets, n'ayant pas uniquement porté sur les atteintes des membres supérieurs de l'assuré, mais également sur ses problèmes cervico-lombalgiques et ceux liés à sa hanche droite. Les conclusions auxquelles il parvient sont clairement motivées et convainquent le Tribunal. Par conséquent, il sera constaté que ce rapport d'examen orthopédique du 16 mai 2006 a pleine valeur probante, ce qui n'est du reste pas contesté par l'assuré. Les avis des médecins traitants concordent en grande partie avec celui du Dr K_____ tant en ce qui concerne le fait que les examens neurologiques sont dans les limites de la normale que pour ce qui est des diagnostics posés. Ces rapports ne sont pas de nature à remettre en cause celui, clair et probant, du médecin du SMR. L'audition des médecins traitants, soit notamment du Dr B_____, est une mesure d'instruction inutile, attendu que l'examen orthopédique a porté sur toutes les atteintes somatiques constatées, de sorte qu'il convainc le Tribunal de céans.

E. 12

Par ailleurs, l'assuré reproche à l'OCAI de s'être fondé sur le rapport bidisciplinaire pour fixer sa capacité de travail dans une activité adaptée, attendu que les examinateurs du SMR avaient laissé cette question ouverte. Il sera remarqué que c'est avec raison que les Dr F_____ et G_____ ne se sont pas prononcés sur la question de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, attendu que de nouvelles atteintes somatiques, pouvant influencer cette capacité, avaient été mises en évidence. De plus, bien que l'OCAI ait tenu compte des constatations de ces examinateurs, il s'est fondé dans une large mesure sur les conclusions de l'examen orthopédique pour établir sa capacité de travail et ses limitations somatiques. En tout état de cause, les atteintes à la région cervico-lombaire constatées dans le cadre de l'examen bidisciplinaire ont également été prises en considération par le Dr K_____, qui a expliqué que les douleurs cervicales n'avaient pas de substrat radiologique, que la mobilité était complète au niveau cervical et que les douleurs lombaires avaient disparu. Le Dr K_____ a également mentionné les antécédents lombaires de l'assuré dans le cadre des limitations fonctionnelles à respecter dans une activité adaptée. L'examen complet et probant du Dr K_____ est ainsi suffisant pour retenir que d'un point de vue somatique, la capacité de travail de l'assuré est bien nulle dans son activité précédente, mais totale dans une activité adaptée à ses

limitations fonctionnelles. Le fait que les conclusions de l'examen bidisciplinaire ne portent pas sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré n'est ainsi pas déterminant.

E. 13

L'assuré conteste également la valeur probante du rapport d'examen psychiatrique de la Dresse Q_____, attendu que celle-ci ne porte pas le titre de médecin spécialiste FMH en psychiatrie.

A/3013/2008 - 15/20 - Dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), le Tribunal fédéral avait jugé que dans un rapport SMR du 13 septembre 2004, la Dresse Q_____, s'était prévalu du titre de psychiatre FMH auquel elle ne pouvait prétendre dès lors que le titre post-grade de spécialiste ne lui avait pas été délivré par la FMH car elle ne disposait pas d'un diplôme fédéral de médecine ou d'un diplôme de médecine étranger reconnu en Suisse. Au moment de son expertise, elle ne disposait pas d'une autorisation d'exercer une activité à titre de médecin dépendant puisque celle-ci lui avait été délivrée le 24 novembre 2006 par le département vaudois de la santé et de l'action sociale. Le Tribunal fédéral a estimé qu'indépendamment des compétences professionnelles propres de la Dresse Q_____, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration. Aussi, la juridiction cantonale n'était-elle pas en droit de fonder son appréciation sur ce seul avis médical d'une valeur probante affaiblie.

Cette jurisprudence ne saurait s'appliquer en l'espèce. La Dresse Q_____ a, en effet, examiné l'assuré et établi son rapport d'examen en mai 2008, soit après avoir, en date du 24 novembre 2006, obtenu l'autorisation d'exercer une activité à titre de médecin dépendant.

Par ailleurs, le titre de spécialiste FMH n'est pas une condition posée par la jurisprudence pour déterminer la valeur probante d'une expertise ou d'un examen médical. Seul le contenu du rapport est déterminant. Celui de la Dresse Q_____ contient une anamnèse tant familiale, professionnelle, psychosociale que psychiatrique, expose les plaintes de l'assuré ainsi que les constatations objectives découlant des examens effectués. Le médecin du SMR a notamment indiqué que l'humeur de l'assuré était euthymique, qu'il ne présentait pas d'adynamie, d'anhédonie, d'angoisse persistante, d'attaque de panique ou encore de phobie sociale. Les conclusions du rapport sont également bien motivées. En effet, la Dresse Q_____ a exclu le trouble dépressif récurrent et l'épisode dépressif moyen en démontrant que les conditions de la CIM-10 pour retenir ces diagnostics n'étaient pas remplies et a retenu que la dépression réactionnelle décrite par le médecin traitant était en rémission complète. Le trouble somatoforme persistant a également été écarté et ce, en l'absence d'un véritable sentiment de détresse. Tous les réquisits jurisprudentiels sont ainsi remplis pour reconnaître au rapport de la Dresse Q_____ pleine valeur probante. Dans son rapport du 12 mars 2008, la Dresse P_____, psychiatre de l'assuré, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Elle ne s'exprime cependant pas clairement sur la capacité de travail, se bornant au rapport du Dr M_____ et n'expliquant pas pour quelle raison elle conclut à une reprise d'activité en 2009. Ce rapport imprécis et, qui plus est, établi par un médecin traitant qui pourrait être enclin, selon la jurisprudence, en cas de doute, à

A/3013/2008 - 16/20 - prendre parti pour son patient, n'est pas en mesure de remettre en cause les conclusions de la Dresse Q_____. Il sera ainsi retenu que l'assuré ne présente aucune pathologie psychiatrique invalidante et que le rapport de la Dresse Q_____ a

pleine valeur probante.

E. 14

Le Tribunal considère qu'une mesure d'instruction supplémentaire, telle qu'une expertise psychiatrique ou pluridisciplinaire ou encore une comparution personnelle des parties, n'est pas nécessaire, au vu de la pleine valeur probante des rapports d'examen du SMR.

E. 15

Au vu de ce qui précède, l'assuré présente une totale capacité de travail dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire en évitant le port de charges d'un poids supérieur à cinq kilogrammes, l'utilisation de ses membres supérieurs au-delà de l'horizontale et les travaux en porte-à-faux ou penchés en avant, en raison de ses antécédents lombalgiques.

E. 16

Reste à se prononcer sur le degré d'invalidité de l'assuré.

E. 17

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Chez les assurés actifs, le taux d'invalidité s'obtient en comparant le revenu du travail qu'il pourrait acquérir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, à celui qu'il aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI; méthode générale de comparaison des revenus). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 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

A/3013/2008 - 17/20 - revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174). 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 de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 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 (cf. ATF 126 V 75 consid. 5) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 222 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

E. 18

L'assuré présentant une incapacité de travail depuis le 8 décembre 2000, le début du droit aux prestations AI a, à juste titre, été fixé au 8 décembre 2001, ce qui n'est du reste pas contesté par l'assuré.

E. 19

Le revenu sans invalidité pris en considération par l'OCAI est celui communiqué par l'employeur de l'assuré en date du 12 décembre 2001 indexé à l'indice suisse nominal des salaires. Ce revenu de 66'124 fr. n'est pas contesté. Quant au revenu d'invalidité, c'est à juste titre que l'OCAI l'a déterminé sur la base des données statistiques, l'assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative, hormis durant sa période de chômage. Le montant de 4'437 fr. retenu (40 heures par semaine) correspond aux activités simples et répétitives tous secteurs confondus ressortant du tableau TA1 de l'ESS 2000. La durée normale de travail en 2001 étant de 41.7 heures par semaine (La Vie économique, 1/2 - 2009, tableau B9.2), ledit montant doit être porté à 4'625 fr. 57. On obtient un salaire annuel de 55'506 fr. 85 qui, après adaptation à l'indice des salaires nominaux de l'année 2001, s'élève à 56'882 fr. 56. Au vu des handicaps de l'assuré et de l'activité qui est exigible de lui, il se justifie comme l'a fait l'OCAI de procéder à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 10%. Il en résulte un revenu d'invalidité de 51'194 fr. 30. Le degré d'invalidité est ainsi de 22.57% et non pas de 25.7% comme retenu par l'OCAI. Force est de constater que ce taux n'est pas suffisant pour ouvrir un droit à une rente (art. 28 al. 1 LAI). Le recours sera, par conséquent, rejeté sur ce point.

A/3013/2008 - 18/20 -

E. 20

Se pose encore la question de l'octroi d'une mesure d'ordre professionnel, soit en particulier d'une mesure de reclassement ou d'une aide au placement. Selon l'art. 17 al. 1 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 sauvegardée 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. 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 (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid 1). Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase 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. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

E. 21

En l'espèce, il y a lieu de constater que l'assuré remplit les conditions objectives d'une mesure de reclassement professionnel, soit le changement de profession et le taux d'invalidité supérieur à 20%. Il ne présente cependant pas l'aptitude subjective nécessaire. En effet, l'assuré a, lors de son entretien avec le service de réadaptation professionnelle de l'OCAI, déclaré qu'il ne pouvait pas travailler avec ses bras, qu'il souffrait d'une rupture de la coiffe des rotateurs, et qu'il avait eu des difficultés à exercer son activité de surveillant à mi-temps. De plus, dans son courrier du 28 août 2007, il a expliqué être inapte à exercer une quelconque activité professionnelle. Le Tribunal de céans considère que dans de telles circonstances, la mise en œuvre d'une mesure de reclassement professionnel, qui requiert une certaine motivation de l'assuré, n'est pas susceptible, de manière vraisemblable, à sauvegarder ou à améliorer la capacité de gain de celui-ci. La décision de l'OCAI sera dès lors confirmée sur ce point.

E. 22

Il y a enfin lieu d'examiner la question de l'aide au placement. La mesure d'aide au placement prévue par l'art. 18 al. 1 LAI fait partie des mesures de réadaptation professionnelle prévues à l'article 8 LAI.

A/3013/2008 - 19/20 - Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'AI présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'AI : et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré (VSI 2002 111ss et les références). En l'espèce, l'assuré n'a plus travaillé depuis décembre 2000, hormis pendant une année dès mai 2004 en tant que surveillant d'un musée, de sorte que sa capacité de travail est aujourd'hui théorique. La Dresse P_____ a, quant à elle, considéré que la reprise d'une activité professionnelle à un degré de 20% était envisageable dès 2009 et que cela allait permettre à l'assuré de reprendre confiance en lui et aurait un impact positif sur son humeur. Le médecin a préconisé une augmentation progressive de la capacité de travail et un soutien dans le cadre de la reprise de l'activité professionnelle. Il apparaît ainsi que l'assuré a besoin d'un soutien tant pour effectuer ses recherches d'emploi que pour débiter une nouvelle activité lucrative, soutien que l'OCAI pourra lui apporter et sans lequel il ne saurait vraisemblablement être en mesure de retrouver une nouvelle activité lucrative. Le Tribunal prend note à cet égard que dans sa réponse du 24 septembre 2008, l'OCAI a précisé que si l'assuré remplissait les conditions objectives et subjectives donnant droit à une mesure d'aide au placement, soit notamment sa motivation à reprendre une activité lucrative, une telle mesure sera mise en place. Il appartiendra ainsi à l'assuré de solliciter de manière motivée une aide au placement auprès de l'OCAI et à cet Office de la lui octroyer dès réception de sa demande.

A/3013/2008 - 20/20 -