

GE_GERICHTE ATAS/385/2011 vom 19. April 2011

GE Cour de justice, 2011-04-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_385_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/385/2011 du 19 avril 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/385/2011 del 19 aprile 2011

Erwägungen

E. 1

a) 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 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et/ou à des mesures d'ordre professionnel dès novembre 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

E. 2

a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 15 janvier 2010 qui a été confirmé par la décision du 11 mars 2010 contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours le 26 avril 2010 devant le Tribunal cantonal

A/1515/2010 - 13/24 - des assurances sociales, soit la chambre des assurance sociales de la Cour depuis le 1er janvier 2011. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 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). 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. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du

A/1515/2010 - 14/24 - 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). d) 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). e) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient

toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

E. 4

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 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

A/1515/2010 - 15/24 - 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). Le droit à une mesure de réadaptation suppose 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, la mesure n'étant efficace que si la personne concernée est, partiellement

A/1515/2010 - 16/24 - en tout cas, susceptible d'être réadaptée, subjectivement (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007). 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 (ATF non publié 9C_100/2008 du 4 février 2009 et les références). 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 minimales, 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

A/1515/2010 - 17/24 - 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 demeurerait 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). e) Selon l'art. 21 al. 4 LPGa, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Selon cette disposition toujours, une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion

convenable doit lui avoir été adressée. Le but de cette sommation est de rendre l'assuré attentif aux conséquences possibles de son refus de se soumettre aux mesures de réadaptation, et de lui permettre de prendre une décision en toute connaissance de cause (ATF du 11 janvier 2005, I 605/04). Conformément à la jurisprudence, une mise en demeure est obligatoire quand bien même l'assuré a clairement manifesté qu'il n'entendait pas se soumettre à une mesure de réadaptation qu'on peut raisonnablement exiger de lui (ATF 122 V 218, consid. 4b). Enfin, selon la doctrine, la sanction prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA présuppose en règle générale un comportement intentionnel de l'assuré (Ueli KIESER, ATSG- Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 86 ad art. 21). Cette procédure est un préalable impératif à tout refus de prestations en application de l'art. 21 al. 4 LPGA (SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Il doit, d'autre part, exister un lien de causalité entre le comportement reproché et le dommage susceptible d'être causé à l'assurance. Pour statuer sur cette question, il faut apprécier le comportement de l'assuré au regard des faits postérieurs à l'avertissement, faute de quoi l'exigence légale de l'avertissement serait vidée de son sens (ATFA non publié du 13 octobre 2005, I 457/05 consid. 4.1).

E. 5

a) 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 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).

A/1515/2010 - 18/24 - 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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/bb et cc). 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

A/1515/2010 - 19/24 - indépendant selon la procédure de l'article 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). 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). d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

E. 6

Dans le cas d'espèce, l'assuré fait valoir en premier lieu que l'OAI s'est exclusivement fondé sur l'appréciation médicale des médecins de la SUVA et du SMR, omettant de tenir compte de l'avis de son médecin traitant. Après instruction complémentaire, il fait valoir que l'avis du spécialiste récemment consulté confirme son incapacité totale de travail. En deuxième lieu, il affirme qu'il a droit à la poursuite de la mesure professionnelle mise en œuvre, en particulier à un reclassement professionnel par le biais d'une formation complète. En troisième lieu, l'OAI n'a pas indiqué précisément quel métier il pouvait exercer, de sorte que

le taux d'invalidité ne peut pas être déterminé. a) S'agissant du premier grief, il était dénué de tout fondement, en tout cas au moment du dépôt du recours. Les rapports médicaux des médecins de la SUVA et ceux de la clinique romande de réadaptation remplissent tous les critères de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Au moment de la décision et du recours, ils ne sont au demeurant pas sérieusement remis en doute par des objections pertinentes et motivées d'un autre médecin, en particulier le Dr B _____.

Le diagnostic est celui d'un status post fracture de l'astragale, les seuls troubles qui pourraient être expliqués par les conséquences de l'accident sont

A/1515/2010 - 20/24 - un enraidissement partiel de l'articulation, ainsi que des difficultés pour la marche sur un terrain inégal, raison pour laquelle les limitations fonctionnelles retenues sont : la nécessité d'épargner relativement le membre inférieur gauche, pas de marche prolongée [plus de 500 mètres], la possibilité de s'asseoir une fois par heure et pas de travail en position instable. Bien que l'assuré travaille uniquement sur des toits plats, la SUVA admet qu'il ne peut plus travailler comme étancheur, et ce uniquement afin de tenir compte de sa crainte de monter des échelles. Les douleurs intenses et l'impotence grave alléguées par l'assuré ne trouvent aucune explication médicale objective somatique, ni psychique. Un travail respectant les limitations fonctionnelles est donc exigible à 100%, sans diminution de rendement. Les médecins du SMR ont ainsi repris les avis des médecins de la SUVA et de la CRR. Le médecin traitant, qui n'est pas un spécialiste, ne remet en cause aucun des éléments susmentionnés, mais se borne à exclure toutes les positions de travail (y compris se pencher et la rotation du tronc) sauf celle assise, sans aucune explication liée au diagnostic posé, à retranscrire les plaintes de l'assuré (douleurs et limitations de la mobilité) et à délivrer sans autre investigation par un spécialiste des certificats d'arrêt de travail à 100%. Il ne motive pas ses affirmations et ne conteste pas la pleine capacité de travail de son patient dans une activité adaptée. En raison de l'absence de pertinence des constatations de ce médecin et du fait qu'elles ne permettent pas de douter des conclusions des médecins de la SUVA, il ne se justifiait pas d'auditionner le médecin traitant, ni d'ordonner d'autres mesures d'instruction d'ordre médical, les conclusions des médecins de la SUVA, reprises par l'OAI étant convaincantes et n'étant pas valablement remises en cause. Cela étant, le Dr G _____, spécialiste consulté par l'assuré en janvier 2011, soit trois ans après l'accident et près d'un an après la décision dont est recours, réserve la possibilité qu'une arthroscopie révèle des lésions cartilagineuses qui seraient invisibles sur les imageries médicales pratiquées et qui pourraient expliquer les douleurs. Il fait valoir que la limitation de la mobilité est objective et qu'un œdème est constaté. Il émet ainsi une hypothèse et, en réservant l'incapacité de travail comme étancheur au résultat de l'opération proposée, il laisse entendre que, soit les lésions évoquées sont révélées et éradiquées lors de l'arthroscopie, de sorte qu'après une période de convalescence non déterminée, l'assuré peut reprendre son travail d'étancheur, soit ces lésions n'existent pas et il se confirme alors que les douleurs ne s'expliquent pas médicalement. Ce médecin n'affirme toutefois pas que le patient est totalement incapable de travailler dans toute activité, ni que les douleurs ne peuvent pas être suffisamment limitées par une médication adéquate, permettant ainsi à l'assuré de travailler dans une profession respectant la seule limitation constatée : soit celle de la mobilité de la cheville gauche. D'ailleurs et contrairement aux affirmations du conseil de l'assuré, le Dr G _____ n'est pas revenu sur son affirmation initiale, à savoir que l'assuré devrait pouvoir, après l'arthroscopie, reprendre son activité antérieure.

A/1515/2010 - 21/24 - Ainsi, la pleine capacité de travail dans une activité adaptée est incontestable, de sorte que la décision de l'OAI est bien fondée sur ce point. b) Le salaire d'invalidé retenu par l'OAI ne prête pas flanc à la critique et n'est à juste titre pas remis en cause par l'assuré. L'abattement de 10% initialement retenu n'a pas été repris par le service de réadaptation en janvier 2010, qui a tenu compte d'un salaire de 59'979 fr. On peut en effet douter de la justification d'un quelconque abattement, car l'assuré est jeune et les limitations sont peu nombreuses. Au mieux, celui de 10% tient suffisamment compte des limitations de l'assuré et de la durée de son emploi auprès de même employeur et donne un salaire de 53'981 fr. Le revenu sans atteinte à la santé retenu par l'OAI est fondé sur l'attestation de l'employeur et n'est pas contesté, soit 77'090 fr. en 2008. La comparaison des revenus implique un taux d'invalidité de 29% (avec abattement de 10%) ou de 22% (sans abattement). Le taux d'invalidité peut se fonder, de jurisprudence constante, sur un calcul abstrait, sur la base des salaires statistiques, pour une activité dans l'industrie légère, en position assise, ou alternée, à 100% sans limitation de rendement. Ainsi, ce grief de l'assuré peut être écarté, le taux d'invalidité étant correctement calculé par l'OAI lors de la décision litigieuse, sans qu'il soit au préalable nécessaire de reclasser l'assuré. c) Ce taux ouvre le cas échéant le droit de l'assuré à des mesures professionnelles, singulièrement à une mesure de reclassement, mais pas à une rente d'invalidité. Le droit à des mesures professionnelles est toutefois conditionné à l'aptitude subjective de l'assuré à être réadapté. Or, il ressort très clairement du rapport des EPI que l'assuré n'a absolument pas collaboré à la mesure de réorientation professionnelle mise en place à juste titre par l'OAI. L'absence de motivation, la manifestation ostentatoire de l'ennui et l'autolimitation dans l'activité impliquant un très faible rendement sont exposés sans détour par les EPI. Si l'assuré s'était plaint de douleurs, le rapport en aurait fait mention, ainsi que des tentatives de modifier ou alterner la position de travail proposée, conformément à la pratique constante des EPI. L'assuré a travaillé en position assise avec la jambe relevée, de sorte que les douleurs et les œdèmes allégués par le certificat du médecin traitant paraissent très invraisemblables, eu égard aux rapports médicaux produits, ce d'autant plus que le médecin traitant admet que la position assise est exigible de l'assuré et que ce dernier peut sans difficultés partir en vacances un mois chaque été. On peut raisonnablement douter de la justification de l'arrêt de travail, ce d'autant plus qu'il est de 100%. De surcroît, l'exagération des symptômes par l'assuré et sa focalisation sur son état, avec une composante très revendicatrice, déjà mises en évidence lors du séjour à la CRR, sont corroborés par l'appréciation psychiatrique du Dr F_____. Ainsi, s'il est exact que, au vu des éléments médicaux du dossier lors de la décision, l'assuré pouvait prétendre à des mesures professionnelles d'orientation, afin de

A/1515/2010 - 22/24 - déterminer d'une part quel métier il pouvait exercer en respect des limitations admises et, d'autre part, si une mesure de reclassement devait ensuite ou pas être mise en place (stage, formation complémentaire, etc.) afin de lui permettre de conserver sa capacité de gain dans la mesure du possible, il s'avère que l'assuré n'a pas saisi l'opportunité de ce stage pour déterminer ses capacités professionnelles, ses aptitudes spécifiques, ses goûts et ses attentes professionnelles, afin de mettre en place un projet professionnel, alors qu'il était âgé d'à peine 38 ans lors du stage. Dans le cas d'espèce, il ressort des faits que l'assuré ne s'est pas présenté le 18 août 2009, puis a présenté le 20 août un certificat d'incapacité totale daté du 19 août 2009. Il s'avère en effet que l'intimé n'a procédé à aucune sommation écrite invitant le recourant à modifier son comportement afin d'assurer le succès des mesures de réadaptation. Il ne ressort pas non plus des rapports des EPI que ces derniers auraient averti le recourant des possibles conséquences de son attitude. Cet avertissement,

soit l'obligation légale découlant des art. 21 al. 4 LPGA et 7 LAI, ne s'applique toutefois pas au cas d'espèce. Il ne s'agit ni du cas de l'assuré qui refuse de se présenter au stage ou de celui de l'assuré qui, présent lors du stage, refuse d'effectuer les tâches prévues arguant qu'il n'a de toute façon pas l'intention d'exercer ce métier, mais d'un assuré qui cesse le stage au bénéfice d'un arrêt de travail complet. L'administration ne peut manifestement pas, dans ce cas-là, mettre en demeure l'assuré de revenir en l'avertissant qu'à défaut, des prestations pourraient lui être refusées. Ainsi, après avoir interrogé le médecin traitant afin de savoir plus précisément ce qui motivait cette incapacité totale d'effectuer un stage assis, et après avoir pris acte que l'incapacité perdurait, l'intimé a mis un terme le 18 septembre 2009 au stage prévu jusqu'au 8 novembre 2009. Ensuite et dans un second temps, l'intimé a refusé d'octroyer de nouvelles mesures professionnelles à l'assuré, compte tenu du fait que son attitude démontre que ces mesures sont vouées à l'échec. Dans ce cadre-là, lors d'octroi de mesures, il n'y a pas de place pour un quelconque avertissement au sens de l'art 21. al 4 LPGA. Ce grief de l'assuré est donc mal fondé, car l'OAI pouvait à juste titre refuser l'octroi d'une mesure professionnelle, faute d'aptitude subjective à la réadaptation. Pour terminer, il ne se justifie pas de suspendre la présente cause dans l'attente de l'issue du litige entre l'assuré et la SUVA, dès lors qu'il est établi que l'assuré peut travailler dans une profession adaptée. Si l'arthroscopie est finalement pratiquée, elle aura au moins le mérite soit d'objectiver les douleurs et de les éliminer, par l'ablation des cartilages, soit de constater - définitivement - l'absence d'explication objective aux douleurs. En tout les cas, cette opération et la brève convalescence nécessaire impliqueront uniquement une incapacité de travail dans toute activité pour une durée très limitée, qui ne relève pas de l'OAI.

A/1515/2010 - 23/24 -

E. 7

Ainsi, mal fondé, le recours est rejeté et le recourant, qui succombe, est condamné à un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). * * *

A/1515/2010 - 24/24 - 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.