

GE_GERICHTE ATAS/69/2017 vom 31. Januar 2017

GE Cour de justice, 2017-01-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_69_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/69/2017 du 31 janvier 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/69/2017 del 31 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1

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

A/1107/2016 - 14/28 - 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Déposé le 11 avril 2016, le présent recours a été interjeté en temps utile, étant précisé que le délai de recours a commencé à courir le lendemain de la notification de la décision attaquée, intervenue le 26 février 2016, et est arrivé à échéance le lundi 11 avril 2016, compte tenu de la suspension des délais de recours du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et 89C let. a LPA). Il satisfait, par ailleurs, aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Enfin, touché par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir contre cette décision (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

E. 2

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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]). Les faits pertinents dans la présente affaire se sont produits entre 2010 et 2016, soit sous l'empire de la LAI dans ses versions antérieure et actuelle (pour mémoire, les trois dernières révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4ème révision], 6 octobre 2006 [5ème révision] et 18 mars 2011 [révision dite 6a], sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004, 1er janvier 2008 et 1er janvier 2012). Le droit éventuel aux prestations doit donc être examiné en l'espèce au regard du droit en vigueur au moment où les faits pertinents se sont produits (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Il sied cependant de noter que les trois révisions précitées n'ont pas amené de modifications

substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier sur la notion d'invalidité et le cas échéant la manière d'évaluer l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.249/05 du

A/1107/2016 - 15/28 - 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Par ailleurs, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications qu'a apportées la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

La décision attaquée nie, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Le litige porte donc sur la question de savoir si une aggravation de l'état de santé du recourant est apparue depuis la décision du 17 décembre 2010, octroyant une rente entière limitée du 1er décembre 2009 au 31 mai 2010, et dans l'affirmative, si cette aggravation influence son droit aux prestations. Subsidiairement, il porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des mesures de réadaptation professionnelle.

E. 4

a. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5), pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. 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). b. Il n'y a en revanche 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). Par ailleurs, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du Tribunal fédéral I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1 et I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités).

A/1107/2016 - 16/28 - c. Les normes réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une décision entrée en force ne concernent que des demandes de prestations portant sur

un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent (arrêt du Tribunal fédéral I.269/97 du 24 février 1998, in SVR 1999 IV n. 21 p. 64; cf. aussi ATF 117 V 198 consid. 4b). Au contraire, l'administration - et en cas de recours le juge - est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une nouvelle demande de prestations portant sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure.

E. 5

a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 6

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative

A/1107/2016 - 17/28 - insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

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). b. 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

A/1107/2016 - 18/28 - Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Étant 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles

déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2; 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine).

A/1107/2016 - 19/28 - En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

E. 8

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'administration ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 9

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus

vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 10

En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis l'octroi d'une rente entière limitée du 1er décembre 2009 au 31 mai 2010, date à compter de laquelle le degré d'invalidité du recourant était alors fixé à 5.4%. Pour ce faire, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision du 17 décembre 2010 à ceux prévalant au moment de la décision querellée du 17 février 2016.

E. 11

a. En 2010, l'intimé avait accordé une rente limitée, au motif que si le recourant était certes totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de manutentionnaire depuis le 21 juillet 2008, date de son accident, il avait recouvré,

A/1107/2016 - 20/28 - dès février 2010, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant ses limitations fonctionnelles. Pour parvenir à cette conclusion, l'intimé se basait sur l'avis du SMR du 3 mars 2010, ainsi que sur le rapport de la SUVA du 17 février 2010, lesquels se ralliaient aux conclusions du rapport de la CRR du

E. 15

Sur le vu de ce qui précède, eu égard à la diminution de force du poignet gauche, à l'état inflammatoire chronique au niveau de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, au trouble psychiatrique, ainsi qu'à la maladie coronarienne, et compte tenu du défaut d'informations fiables et suffisantes sur l'aggravation de l'état de santé, sur les limitations fonctionnelles que ces atteintes entraînent, sur le taux de capacité de travail dans une activité adaptée, sur l'existence d'une éventuelle baisse de rendement, sur la date à partir de laquelle une telle activité serait exigible, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le litige. Partant, l'avis du SMR du 31 mars 2015 est écarté, ne reposant pas sur des éléments médicaux probants pour permettre de déterminer le degré d'invalidité du recourant. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, laquelle comprendra, au vu des considérations précitées, des volets orthopédique, psychiatrique et cardiologique. Un renvoi se justifie d'autant plus qu'aucune expertise pluridisciplinaire n'avait été diligentée par l'intimé. Au vu des lacunes du dossier, et des différentes atteintes, l'expertise que l'intimé mettra en œuvre devra décrire quelle a été l'évolution de l'état de santé du recourant depuis le 17 février 2010, date de la première décision, et analyser globalement la capacité de travail du recourant (soit les éventuelles interactions entre les différentes pathologies), puis poser des conclusions communes.

E. 16

Reste encore à examiner si le recourant a droit à des mesures d'ordre professionnel.

A/1107/2016 - 25/28 -

E. 17

Selon la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b ; 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGa).

E. 18

Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral I.388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références). Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de

A/1107/2016 - 26/28 - réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral I.605/04 du 11 janvier 2005 consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n. 30 p. 113; voir également les arrêts du Tribunal fédéral I.265/05 du 3 octobre 2005 consid. 4; et I.485/04 du 16 décembre 2004 consid. 6.1). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela

suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

E. 19

Il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

E. 20

En l'espèce, le recourant soutient, en substance, qu'il était motivé à suivre une formation, bien qu'il ait refusé la mesure IPT, et que l'intimé n'avait pas respecté la sommation légale avant de clôturer le mandat de réadaptation. Pour sa part, l'intimé expose que le recourant n'avait avancé aucun motif excusable pour refuser la mesure IPT proposée.

E. 21

On rappellera que, compte tenu des développements qui précèdent, la chambre de céans n'est pas en mesure, en l'état, d'évaluer le degré d'invalidité du recourant, de sorte qu'il serait prématuré de reconnaître ou de nier le droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession. S'agissant des autres mesures d'ordre professionnel, on relèvera que le mandat de réadaptation consistant en une mesure IPT a été clôturé en juin 2015 lorsque le recourant a confirmé qu'il ne souhaitait pas la suivre. Or, le recourant avait, lors de son entretien du 12 novembre 2014 avec l'intimé, manifesté sa volonté de recevoir une aide pour une reconversion. Il avait, à cette occasion, indiqué qu'il suivait des cours d'anglais à l'Ecole-Club Migros au moyen d'un chèque-formation, mais qu'il ne disposait pas de moyens suffisants pour poursuivre une formation approfondie. Il a, de plus, spécifié qu'il préférerait bénéficier d'une formation plutôt que d'une mesure IPT. Quand bien même un assuré doit se soumettre à toutes les mesures d'instruction, de réadaptation et de nouvelle réadaptation ordonnées, si elles sont raisonnablement exigibles, et participer activement à sa réadaptation (Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, office fédéral des assurances sociales, n. 1008), force est de

A/1107/2016 - 27/28 - constater que, sur le plan subjectif, le recourant désirait bénéficier d'une mesure de réadaptation. Cela étant, encore faut-il que la mesure préconisée soit objectivement appropriée au but de la réadaptation poursuivi et qu'elle ne soit pas vouée à l'échec. À cet égard, on constate que le Dr F_____ en 2010 avait mentionné que la réinsertion professionnelle pouvait s'avérer difficile en raison des nombreuses plaintes subjectives du recourant, et du diagnostic posés sur le plan psychiatrique. En 2014, le Dr H_____ notait, quant à lui, que les réactions impulsives et le sentiment d'être agressé rendaient difficile les relations professionnelles. Le psychiatre avait toutefois ajouté qu'il recommandait des mesures de réinsertion professionnelles progressives, et que le suivi psychiatrique pouvait réduire les symptômes d'ordre psychiatrique. Le recourant avait

également annoncé à l'intimé qu'il ne commencerait pas la mesure IPT « pour des questions de santé » (cf. note de l'intimé du 15 juin 2015). Il n'est pas clair de savoir si une mesure professionnelle (reclassement ou autre) pourrait être menée à bien. Aucune des pièces médicales versées au dossier n'examine la question de savoir si la mesure de réadaptation préconisée est ou non raisonnablement exigible de la part du recourant sur les plans somatique et psychologique, ni, le cas échéant, s'il convient d'en attendre une amélioration déterminante de la capacité de gain de celui-ci. En tout état de cause, l'intimé, avant de clôturer le mandat de réadaptation, n'a pas formellement mis le recourant en demeure, ce qui constitue une violation du droit fédéral. La cause sera dès lors renvoyée à l'intimé sur ce point également, afin qu'il examine concrètement si toutes les conditions (maintien ou amélioration de la capacité de gain, pronostic sur les chances de succès) du droit éventuel à des mesures d'ordre professionnel (reclassement ou une autre mesure) sont réunies. Ensuite, s'il apparaissait qu'une mesure d'ordre professionnel pourrait être accordée, l'intimé devrait au besoin procéder à la sommation légale prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA.

E. 22

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision querellée annulée, et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants.

E. 23

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

E. 24

Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de procédure, arrêtée en l'espèce à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – RS/GE E 5 10.03]). * * * * *

A/1107/2016 - 28/28 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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