

GE_GERICHTE ATAS/719/2009 vom 9. Juni 2009

GE Cour de justice, 2009-06-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_719_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/719/2009 du 9 juin 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/719/2009 del 9 giugno 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).

A/661/2009 - 10/20 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la décision litigieuse du 26 janvier 2009 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4ème et à la 5ème révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1er janvier 2004 et du 1er janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente dès mars 2004 ou à une mesure d'ordre professionnel doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème et à la 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

E. 3

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

E. 4

La question litigieuse est de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a nié à l'assuré le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente et à une mesure d'ordre professionnel.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette

diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

A/661/2009 - 11/20 -

E. 6

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). 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

A/661/2009 - 12/20 - 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. 7

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).

E. 8

En l'espèce, dans sa décision du 7 mars 2007, l'OCAI avait nié le droit de l'assuré à toute prestation sur la base du rapport rhumato-psychiatrique du SMR du 19 juillet 2005. Cependant, par jugement subséquent du Tribunal de céans, la cause lui a été renvoyée pour instruction complémentaire concernant l'état de santé psychique de l'assuré. Suite à une expertise conduite par le Dr R_____, l'OCAI a considéré que les conclusions de l'expertise rejoignaient celles du SMR du 19 juillet 2005, de sorte que l'assuré présentait une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

E. 8.1

Sur le plan somatique, il ressort du dossier que tant l'examineur du SMR que les divers autres médecins qui ont examiné l'assuré, ont tous posé des diagnostics similaires.

Les médecins traitants ne se sont cependant pas prononcés clairement sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, au contraire de l'examineur du SMR qui a conclu que sa capacité de travail était entière depuis mars 2003 dans une activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles qui concernaient l'absence de port de charges supérieures à 15 kg de façon répétitive, de position en genuflexion, de montée ou descente d'escaliers à répétition, de position statique debout au-delà de 45 minutes et en position assise au-delà de 1h30, de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis et la possibilité de varier les positions une fois par heure, de préférence à sa guise ainsi que le travail dans un local de travail tempéré. L'examineur du SMR a relevé que la capacité de travail devait notamment être réévaluée après perte pondérale et éventuel traitement chirurgical du genou gauche. Ce traitement chirurgical a eu lieu en date du 13 novembre 2006 et l'assuré a séjourné à la Clinique de Montana pour suite de traitement et rééducation. D'après les médecins de cette Clinique, l'état de santé de l'assuré avait bien évolué avec augmentation de la force musculaire des membres inférieurs et interruption du traitement antalgique et l'assuré avait même été capable de monter et descendre les escaliers sans problème à la fin du séjour. Un

A/661/2009 - 13/20 - médecin du SMR avait ainsi conclu dans une note du 5 mars 2007 que l'assuré pouvait, eu égard à ses atteintes physiques, débiter une activité lucrative dès le 1er janvier 2007.

Au vu de ce qui précède, il appert que les conclusions du rapport du SMR du 19 juillet 2005, confirmées par les médecins de la Clinique de Montana, doivent être suivies en ce qui concerne l'état de santé somatique de l'assuré. Au demeurant, il y a lieu de relever que le rapport SMR présente valeur probante au sens de la jurisprudence en ce qui concerne le volet somatique, l'examineur s'étant basé sur les plaintes de l'assuré, sur son dossier radiologique et ayant clairement exposé les résultats des examens effectués, les diagnostics et motivé ses conclusions. Enfin, le fait qu'il existe des erreurs qui se soient glissées dans le cadre de l'anamnèse (cf. ATAS/200/2008, p. 11), n'a pas de répercussion sur les conclusions portant sur l'état de santé somatique de l'assuré, et ne permet pas non plus de mettre en doute l'objectivité de l'examineur.

E. 8.2

Pour ce qui est de l'état de santé psychique de l'assuré, le Dr R _____, a retenu, dans son rapport d'expertise du 3 juillet 2008, les diagnostics de trouble somatoforme (F45) et de personnalité frustrée (F60.8), diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Il a conclu que l'assuré ne présentait aucune limitation fonctionnelle du point de vue psychique et social, de sorte qu'une entière capacité de travail devait être retenue.

Ce rapport est basé sur une anamnèse détaillée familiale, professionnelle et médicale, sur les plaintes de l'assuré et sur son dossier médical. Les constatations objectives sont exposées de manière limpide. Les diagnostics sont posés et les conclusions bien motivées. En effet, on comprend pourquoi les diagnostics ont été retenus et ce qui a conduit l'expert à conclure à une entière capacité de travail, sans limitations fonctionnelles. L'assuré soutient que ce rapport contiendrait contradictions et préjugés, sans toutefois motiver son point de vue. Le Tribunal ne comprend pas à quels éléments l'assuré fait allusion et constate au contraire que l'expert a fait un exposé objectif de l'état de santé de l'assuré, puis, a apprécié les résultats des examens effectués pour en tirer des conclusions. Le fait, par exemple, que selon l'expert, l'assuré présente dans son quotidien un comportement qui ne correspond pas à celui d'un malade qui souffre d'une dépression est le résultat de l'appréciation de constatations objectives de l'expert et n'est pas un indice permettant de remettre en cause le bien-fondé du rapport d'examen. Le Tribunal considère ainsi que ce rapport présente valeur probante au sens de la jurisprudence.

A/661/2009 - 14/20 -

E. 8.3

Le Dr N _____, psychiatre traitant, a posé, au mois d'avril 2004, le diagnostic de syndrome douloureux chronique et de trouble dépressif d'intensité sévère avec somatisation (sans symptômes psychotiques) et de céphalées chroniques et a déterminé que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le mois de juin 2003. Son rapport met certes en évidence des diagnostics différents de ceux retenus par l'expert et des conclusions divergentes concernant la capacité de travail, cependant, le psychiatre a indiqué que les plaintes de l'assuré étaient généralisées, de nature souvent hypocondriaque, son attention étant centrée sur sa santé psychique et physique, considérations qui vont dans le même sens que celles de l'expert. Il doit également être constaté que le rapport du Dr N _____ n'est que succinct et peu motivé, de sorte qu'il ne saurait remettre en cause le rapport probant de l'expert, lequel l'avait du reste pris en considération.

Quant au rapport du Dr Q _____, spécialiste en médecine interne et en endocrinologie-diabétologie, il ne saurait remettre en doute les conclusions d'un spécialiste

en psychiatrie.

Par conséquent, il apparaît que les conclusions des Drs N_____ et Q_____ ne permettent pas au Tribunal de céans de s'écarter des conclusions de l'expertise.

E. 8.4

Reste à déterminer si le trouble somatoforme mis en exergue par l'expert et dont souffre l'assuré est invalidant.

E. 8.5

On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être

A/661/2009 - 15/20 - tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine ;

MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

E. 8.6

Il y a lieu d'examiner dans un premier temps si l'assuré présente une comorbidité psychiatrique importante de par sa gravité, son acuité et sa durée. L'expert a retenu que l'assuré présentait un sentiment de dévalorisation et d'infériorité, une légère perturbation de la concentration, des idées noires ainsi qu'une tension nerveuse, une irritabilité, une tristesse légère, une humeur dépressive légère, ainsi qu'un sentiment de dévalorisation correspondant à un état mixte anxio-dépressif. L'expert n'a pu objectiver aucune limitation relative à l'état de santé psychique de l'assuré. Ces constatations ne permettent manifestement pas de conclure à la présence d'une comorbidité psychiatrique importante de par sa gravité et de son acuité au sens de la jurisprudence. Les autres critères permettant de conclure à l'exigibilité, au plan psychique, de la reprise d'une activité lucrative, ne sont pas non plus remplis. En effet, même s'il peut être considéré qu'il existe des affections somatiques chroniques s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, il n'apparaît pas que l'assuré subisse de perte d'intégration sociale, présente un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ou que les traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art aient échoués.

A/661/2009 - 16/20 -

E. 8.7

Par conséquent, c'est avec raison que l'OCAI a considéré que le syndrome somatoforme douloureux persistant n'avait pas de caractère invalidant au sens de la jurisprudence et que l'assuré présentait une entière capacité de travail dans une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles, comme retenu tant par l'examineur SMR que par l'expert psychiatre.

E. 9

Il y a ainsi lieu de se prononcer sur le degré d'invalidité de l'assuré.

E. 10

Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% 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 (art. 28 al. 2 LAI dès le 1er janvier 2008). 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 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'invalidé 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)

A/661/2009 - 17/20 - 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. 11

En l'espèce, dans son calcul du degré d'invalidité du 24 mai 2006, l'OCAI a déterminé le revenu sans invalidité sur la base des renseignements fournis par le dernier employeur de l'assuré. Le revenu avec invalidité a quant à lui été basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, tableau TA1, tous secteurs confondus pour des activités simples et répétitives, l'assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative depuis son arrêt de travail en 2003. Le montant ainsi obtenu a été adapté à la durée normale de travail en 2004 (Vie économique 1-2 2009, tableau B 9.2) et l'OCAI a procédé à un abattement de 15%. Le Tribunal de céans considère que l'abattement retenu de 15% suffit à prendre en compte les limitations fonctionnelles ainsi que l'âge de l'assuré, de sorte qu'un taux plus important ne se justifierait pas. Le calcul auquel a procédé l'OCAI n'est dès lors pas critiquable. Le taux d'invalidité de 29,9% n'est pas susceptible d'ouvrir à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, de sorte que le recours sera rejeté sur ce point.

E. 12

Se pose enfin 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.

E. 12.1

À teneur de l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) 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).

L'art. 8 al. 1bis 2ème phrase LAI prévoit que lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. De plus, l'art. 8 al. 3 let. b LAI précise que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel, soit l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital. 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

A/661/2009 - 18/20 - 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). 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. 12.2

. En l'espèce, l'assuré remplit manifestement les conditions objectives du droit au reclassement soit, la diminution de capacité de gain de plus de 20% et le changement de profession.

Toutefois, même si l'expert psychiatre a, dans son rapport du 3 juillet 2008, expliqué que l'assuré se disait prêt à débiter une activité lucrative, il a également soulevé son ambivalence concernant une telle reprise, de sorte qu'il est difficile de déterminer si l'assuré présente actuellement la volonté d'en entreprendre une.

Par ailleurs, au vu des limitations fonctionnelles présentées par l'assuré, il y a lieu de considérer, que sur un marché du travail équilibré, il existe un éventail suffisamment varié d'activités pouvant être exercées par l'assuré sans qu'une formation professionnelle ne soit nécessaire. Quoiqu'il en soit, au moment de la décision dont est recours, l'assuré était âgé de 60 ans. Au vu du nombre de mois, voire d'années nécessités par une mesure de reclassement professionnel, il y a lieu de constater que le temps dont dispose l'assuré pour mettre à contribution sa capacité de travail dans une profession nouvellement apprise serait bref. Le coût de la mesure serait ainsi en totale disproportion avec le but visé.

Par conséquent, la décision de l'OCAI sera également confirmée sur ce point.

A/661/2009 - 19/20 -

E. 12.3

L'OCAI a enfin fait savoir à l'assuré, dans sa décision du 26 janvier 2009, qu'une mesure d'aide au placement pourrait être octroyée à sa demande. Il sera ainsi rappelé à l'assuré qu'il pourra solliciter en tout temps une telle mesure s'il en ressent le besoin.

A/661/2009 - 20/20 -

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