

GE_GERICHTE ATAS/858/2010 vom 24. August 2010

GE Cour de justice, 2010-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_858_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/858/2010 du 24 août 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/858/2010 del 24 agosto 2010

Regeste

Résumé: En matière d'assurance-invalidité, l'assuré qui dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état de santé et qui ne présente pas de limitations liées à son état de santé tel que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles du comportement qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, n'est pas invalide au sens de l'art. 18 LAI et n'a donc pas droit à une aide au placement. S'agissant d'un assuré dont il est établi qu'il peut devenir colérique et menaçant lorsque la discussion porte sur un sujet qui ne lui convient pas, il convient d'admettre que les conditions de l'aide au placement sont réalisées.

Erwägungen

E. 14

Par avis du 11 octobre 2006, le Dr F_____, médecin au SMR, a notamment considéré que l'OAI pouvait donner suite à la demande d'expertise pluridisciplinaire sollicitée par l'assuré, les atteintes de l'épaule et les dorsolombalgies n'ayant pas été investiguées. Il fallait par ailleurs mettre en place le traitement des apnées du sommeil avant l'expertise.

E. 15

Par décision du 17 octobre 2006, l'OAI a annulé la décision du 9 mai 2006 et la décision sur opposition du 8 août 2006 et a ordonné la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. En date du 30 octobre 2006, le Tribunal de céans a déclaré le recours sans objet (ATAS/925/2006).

E. 16

L'expertise pluridisciplinaire, confiée au Centre d'expertise médicale, a été réalisée par les Drs G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation- médecine du sport, et H_____, spécialiste FMH en psychiatrie. A teneur de leur rapport d'expertise daté du 4 juin 2007, les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail ont été posés : séquelles d'algodystrophie du genou droit avec chondrocalcinose du compartiment externe et syndrome du muscle tenseur du fascia lata à droite, chondropathie rotulienne bilatérale et dorsolombalgies chroniques sur troubles dégénératifs. Ils ont retenu comme étant sans répercussion sur la capacité de travail : trouble dépressif

A/4839/2007 - 5/20 - récurrent dû à une maladie chronique et à une instabilité professionnelle, épisode actuel moyen, sans symptôme somatique (F33.1), traits de trouble de la personnalité non spécifique avec caractéristiques narcissiques, impulsives et colériques (F60.9), syndrome d'apnée du sommeil de type obstructif, séquelles de capsulose de l'épaule gauche, sinusite chronique allergique, opération pour by-pass gastrique en 2002 et mise en place d'un filet intra-abdominal pour cure d'éventration et d'hernie inguinale droite en 2005. En raison des déplacements et du port de charge, la capacité de travail était

nulle dans le poste de technicien en assainissement. Elle était par contre entière dans une activité sédentaire, permettant l'alternance des positions assise et debout, limitant les déplacements surtout dans les escaliers et terrains irréguliers ou en pente. Les activités modérées à lourdes ou nécessitant des gestes répétitifs étaient également proscrites. L'assuré conservait une pleine capacité de travail dans une activité de bureau telle que celle dans laquelle il avait été reclassé, à raison de 8 heures par jour, sans diminution de rendement. Il était par ailleurs capable de s'adapter à son nouvel environnement professionnel malgré ses troubles psychiques. Des mesures de réadaptation, sous forme d'une aide au placement, étaient envisageable et pouvaient avoir un effet thérapeutique sur la thymie de l'assuré. Pour l'expert, il s'agissait plutôt d'un problème socio-professionnel, étant donné qu'il n'avait travaillé qu'un an et demi et n'avait quasiment pas d'expérience professionnelle en qualité d'employé de bureau.

E. 17

Se fondant sur cette expertise et sur l'avis du 27 septembre 2007 du Dr I _____ médecin auprès du SMR, selon lequel une reprise du travail favorisée par une aide au placement serait narcissiquement très valorisante et thérapeutique, l'OAI a établi, le 3 octobre 2007, un projet de décision, refusant l'octroi de mesures professionnelles. Le droit à une aide au placement devait toutefois être étudié. Ce projet a été confirmé par décision du 7 novembre 2007.

E. 18

Un entretien s'est tenu le 1er novembre 2007 entre le service du placement et l'assuré. Il a été demandé à ce dernier de clarifier ses attentes dès lors que l'OAI ne pouvait entrer en matière sur une formation, ce qui a provoqué un fort énervement. Un deuxième entretien a été annulé.

E. 19

Par courrier du 9 novembre 2007, l'assuré s'est opposé au projet de décision. Il a notamment indiqué que ses capacités professionnelles étaient limitées, y compris en tant qu'employé de bureau, une activité nécessitant des déplacements, par exemple dans les escaliers, n'étant pas envisageable. Il devait en outre alterner les positions assises et debout et il souffrait de troubles du sommeil, soit d'un état de fatigue et de somnolence constants. Il ne bénéficiait dès lors pas d'une capacité de travail entière et ce également dans une activité de bureau. Enfin, compte tenu de son âge,

A/4839/2007 - 6/20 - de ses limitations fonctionnelles et de son parcours professionnel, il lui était difficile voire impossible de trouver un travail et ce même par le biais d'une aide au placement. Des mesures de reclassement étaient ainsi justifiées.

E. 20

L'assuré a déposé, le 7 décembre 2007, un recours contre la décision du 7 novembre 2007. Reprenant en substance les arguments avancés dans ses observations, il conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de ladite décision et à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

E. 21

L'intimé maintient sa décision dans sa réponse du 21 janvier 2008. Il relève toutefois que dans le cadre de l'aide au placement, une orientation professionnelle et une mise au courant, assorties d'indemnités journalières, sont les mesures les plus appropriées, notamment en

raison de la formation certifiée du recourant et du fait qu'il présente une pleine capacité de travail. L'Office conclut donc au rejet du recours et à la confirmation de la décision du 7 novembre 2007.

E. 22

Dans sa réplique du 29 février 2008, le recourant précise qu'il travaille, depuis le 11 février 2008, pour l'Unité mobile de soutien en qualité d'aide, mais qu'il se trouve en arrêt maladie depuis le 20 février 2008. Son état de santé s'est aggravé en raison d'une recrudescence des symptômes résultant de la sinusite chronique (céphalées aigües, acouphène, trouble de l'équilibre, paresthésie) dont il souffre depuis de nombreuses années.

E. 23

Par courrier du 2 avril 2008, l'intimé considère que l'aggravation de l'état de santé alléguée par le recourant constitue un fait nouveau, postérieur à la décision faisant l'objet de la procédure, de sorte qu'il devrait le cas échéant faire l'objet d'une demande de révision.

E. 24

Une audience d'enquêtes, au cours de laquelle le Dr J_____ a été entendu, s'est tenue le 4 novembre 2008. Pour ce praticien, le recourant est totalement incapable de travailler dans son ancienne activité sur les chantiers. Dans une activité de bureau, il pourrait travailler à hauteur de 30 à 40% en raison des troubles du sommeil, entraînant une grande fatigabilité et des douleurs considérables. Le problème lié à la sinusite ne modifie pas la capacité de travail résiduelle en tant qu'employé de bureau. Les troubles sont apparus suite à l'abdominoplastie (correction nécessaire après l'intervention du by-pass) subie le 18 février 2005. Il estime qu'une personne souffrant de troubles du sommeil et qui est contrainte d'aller travailler présentera un rendement minimum. Ce praticien considère également qu'une activité permettant l'alternance des positions debout/assise n'est pas suffisante, compte tenu des douleurs dorsales. Il en va de même d'une activité de bureau en position assise en permanence. Lors de la comparution personnelle qui a eu lieu le même jour, l'intimé s'est déclaré opposé à une suspension de la procédure pour permettre la mise en place

A/4839/2007 - 7/20 - d'une mesure de placement. De son côté, le recourant s'est déclaré d'accord avec une telle mesure.

E. 25

Par arrêt incident du 16 décembre 2008, le Tribunal de céans a suspendu la cause et ordonné la mise en place d'une mesure d'aide au placement.

E. 26

Le 20 janvier 2009, le recourant a sollicité la reprise de l'instance sous la plume de son conseil. En effet, lors d'un cours d'informatique offert par l'Hospice général, il a subitement ressenti de vives douleurs à l'œil gauche. Une iritide a été diagnostiquée par la Dresse K_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmochirurgie. L'activité de bureau entraînant nécessairement l'emploi d'un ordinateur n'est ainsi pas possible. Compte tenu de ces nouveaux éléments, l'aide au placement à laquelle il avait acquiescé lors de la comparution personnelle s'avère inadéquate de sorte qu'il maintient les conclusions prises dans ses écritures du 7 décembre 2007 et 29 février 2008. A l'appui de ses allégations, il fournit notamment plusieurs documents médicaux, dont il ressort qu'il

souffrait d'une iritis (ou iritide) et que l'antigène HLA-B27 avait été positif. En outre, un œdème intra-spongieux dans la partie inférieure du versant iliaque droit sans pseudo-élargissement de l'espace articulaire ni érosion et une pansinusite avait été relevés.

E. 27

Par courriers des 12 et 16 janvier 2009, le recourant a personnellement recouru au Tribunal fédéral contre l'arrêt du Tribunal de céans du 16 décembre 2008. Il a notamment fait état d'un problème d'infection généralisée HLA-B27 des articulations et a considéré que les 25% d'invalidité nécessaires pour l'ouverture du droit à une mesure de réinsertion professionnelle étaient prouvés. Ce recours a été déclaré irrecevable par arrêt du 6 mars 2009.

E. 28

Le 23 janvier 2009, le Tribunal de céans a repris l'instance.

E. 29

Selon l'avis du SMR du 11 février 2009, aucun élément ne vient modifier l'évaluation faite en date du 20 septembre 2007. La question de l'apnée du sommeil, soulevée par le Dr C_____ lors de son audition, a été mentionnée dans le précédent rapport du SMR, qui relevait que ce syndrome était modéré et qu'aucune somnolence diurne n'avait été constatée. Le recourant avait lui-même déclaré aux experts qu'il n'était pas particulièrement gêné par ses apnées du sommeil, qui étaient au demeurant aisément traitables et ne constituaient pas de facteur invalidant dans la grande majorité des cas. Quant à l'iritis ou iritide, ces deux termes décrivant la même pathologie, elle constituait vraisemblablement une infection de contamination à partir de la pansinusite chronique. La mise en rapport avec une éventuelle maladie de Bechterew, qui est suggérée par la positivation du HLA-B27, n'était pas confirmée par les radiographies de la colonne lombaire en raison de l'absence de syndesmophytes, la sclérose de la partie supérieure de l'articulation sacro-iliaque gauche évoquant la présence d'un pont ostéophyttaire. Il

A/4839/2007 - 8/20 - n'existait pas d'érosion sur l'IRM des articulations sacro-iliaques du 15 janvier 2009 pouvant évoquer une sacro-iliite débutante. Enfin, la positivité d'un HLA-B27 n'était pas pathognomonique d'une maladie de Bechterew. Se fondant sur l'avis du SMR précité, l'intimé a maintenu, par courrier du 19 février 2009, ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

E. 30

Le 11 mai 2009, le recourant s'est prononcé sur l'avis du SMR précité et a produit six pièces complémentaires. Il précise notamment que le traitement initial instauré pour traiter l'iritis a dû être abandonné vu le défaut de résultat probant. Il constate en outre que le Dr L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, n'est pas du même avis que le SMR en ce qui concerne la maladie de Bechterew. En effet, ce praticien estime que l'iritis, le HLA-B27 et l'œdème intra-spongieux de la partie inférieure du versant iliaque droit doivent obligatoirement faire discuter le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, le stade de l'œdème étant par ailleurs celui qui précède l'installation d'érosion

E. 31

Par avis du 6 juillet 2009, le Dr I_____, du SMR, a procédé à une mise au point sur deux plans. Il a tout d'abord précisé que l'avis médical du 11 février 2009 ne rejetait pas le

diagnostic de spondylarthrite ankylosante mais considérait que la mise en rapport avec une éventuelle maladie de Bechterew, suggérée, ne pouvait être confirmée en l'état. Pour lui, le fait que l'iritis ne réponde pas au traitement doit plutôt être considéré comme une réaction de voisinage à la pansinusite chronique et n'est pas contributif d'une origine inflammatoire de l'infection. Aucune pièce du dossier ne permet d'ailleurs de considérer cette iritis comme étant une pathologie incapacitante. Ce praticien a ensuite relevé que le dossier médical ne faisait pas état d'un quelconque signe d'aggravation de la symptomatologie, sans autres précisions, permettant d'envisager une réévaluation de la pathologie. Lors de l'expertise pluridisciplinaire réalisée le 4 juin 2007, le Dr G _____ avait relevé l'existence d'un trouble dégénératif du rachis, et précisé des limitations fonctionnelles. Selon le rhumatologue de garde du SMR, les limitations fonctionnelles fixées pour une spondylarthrose sont les mêmes que pour une maladie de Bechterew débutante. Se fondant sur cet avis, l'intimé a, à nouveau, maintenu sa position.

E. 32

Par écriture du 13 novembre 2009, le recourant conclut à la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire afin de déterminer sa capacité de travail résiduelle. Il sollicite également l'audition du Dr L _____. En annexe à ses observations, le recourant a notamment produit les documents médicaux suivants :

A/4839/2007 - 9/20 - – Un rapport établi le 18 octobre 2009 par le Dr M _____, spécialiste FMH en médecine interne, en pharmacologie et toxicologie cliniques, qui a posé les diagnostics complémentaires suivants : urolithiase multiple, probablement d'acide urique pur, avec néphropathie uratique et dysfonction tubulaire rénale, notamment glycosurie d'origine rénale ; ostéomalacie symptomatique avec possible atteinte musculaire de la ceinture scapulaire, pool calcique limite et discrète hyperparathyroïdie secondaire. Suite au traitement administré, ce praticien a constaté une légère amélioration des douleurs squelettiques. Selon lui, la spondylarthrite n'était pas la cause des dites douleurs. Il convenait au contraire de retenir une ostéomalacie par hypovitaminose D, complication typique du by-pass digestif. Le pronostic à long terme quant à la correction des troubles métaboliques osseux était bon. Les douleurs devraient s'amender progressivement, même si leur chronification pouvait avoir induit des modifications structurales cellulaires et biochimiques seulement partiellement réversibles. – Un rapport établi le 27 octobre 2009 par le Dr N _____, spécialiste FMH en pneumologie selon lequel le recourant présentait une somnolence avec nécessité de dormir à midi et le soir pendant 60 à 90 minutes. Entre les siestes, il ne semblait toutefois pas avoir de somnolence. Une tentative de reprise du traitement par PAP avait été tentée, en vain. La question d'un traitement chirurgical ORL, pouvant soulager une partie des céphalées et de l'asthénie accompagnantes, se posait. S'agissant du syndrome d'apnées, il se trouvait dans une impasse, les autres propositions thérapeutiques, avec un propulseur mandibulaire n'étant pas envisagées en raison d'une part de l'index élevé d'évènements respiratoires et d'autre part de l'impossibilité technique à instaurer ce genre de traitement.

E. 33

Par avis du 6 décembre 2009, le Dr I _____ du SMR s'est prononcé sur l'écriture du recourant et les quatre premières pièces qui y étaient jointes, les autres pièces ne lui ayant pas été transmises. En dehors de l'épisode de tétanie, le SMR ne pensait pas que ces douleurs puissent être incapacitantes dans une activité d'employé de bureau, avec une

baisse de rendement de plus de 15%. Si une colique néphrétique pouvait justifier une incapacité de travail, celle-ci ne devrait pas durer plus d'une à deux semaines. Enfin, le SMR demandait à pouvoir consulter l'ensemble des pièces annexées au courrier du 13 novembre 2009. Se fondant sur le rapport du SMR, l'intimé a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours.

E. 34

Constatant avec surprise que l'intimé n'avait pas transmis tous les documents médicaux au SMR, le Tribunal de céans lui a imparté, par courrier du 15 mars 2010, un délai pour ce faire.

A/4839/2007 - 10/20 -

E. 35

Dans un avis du 1er avril 2010, le SMR, toujours sous la plume du Dr I_____, a notamment considéré que les pièces médicales jointes au courrier du recourant du 13 novembre 2009 n'apportaient aucun élément justifiant une incapacité de travail durable. S'agissant des apnées du sommeil, il a relevé que le recourant avait pris 7 kilos et que cette prise de poids témoignait probablement d'une augmentation importante du nombre d'apnées/hypnornées par heure, augmentation qui était également due à un temps de sommeil plus bref (5h05 actuellement et 6h55 auparavant). Il a considéré qu'une perte de poids à 70kg constituait une mesure raisonnablement exigible. Par ailleurs, dès lors que le recourant ne présentait pas de somnolence entre les siestes, il était capable de travailler environ 4 heures le matin et 4 heures l'après-midi, avec une interruption entre 12h et 14h. Se fondant sur cet avis, l'intimé maintient ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

E. 36

Les observations de l'intimé ont été transmises au recours et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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. 2. S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date dans la mesure de leur pertinence, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1, consid. 1.2). Cette nouvelle n'a toutefois pas amené de changements majeurs en matière de conditions d'octroi générales des mesures de réadaptation (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5ème révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316). En effet, l'art. 8 LAI, dans sa nouvelle teneur dès le 1er janvier 2008, reprend pour l'essentiel le texte de l'ancienne disposition. L'art. 8 al. 1bis précise toutefois qu'il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante, lors de la fixation des mesures de réadaptation. L'article 17 LAI en particulier, ayant trait au reclassement, n'a subi aucune modification lors de la 5ème révision de la LAI.

A/4839/2007 - 11/20 - 3. Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable. 4. Est seul litigieux en l'espèce le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel. En effet, ni dans sa demande de prestations ni son recours, l'assuré ne conclut au versement d'une rente d'invalidité, qui n'a au demeurant pas fait l'objet d'une décision. 5. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 248, consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287, consid. 4). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 6 mai 2008, 8C_441/2007 consid. 4.2 et du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). Dans le cas d'espèce, l'aggravation alléguée de l'état de santé du recourant, survenue postérieurement au 7 novembre 2007, et les pièces médicales y relatives qu'il a produites sortent du cadre du présent litige et doivent faire l'objet d'une demande de révision. 6. a) Selon l'art. 8 al.1er 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). 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). b) L'art. 17 LAI stipule que l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre 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

A/4839/2007 - 12/20 - offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108, consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'incapacité de gain soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. 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 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108, consid. 3a). Le pourcentage est calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (VSI 2000, p. 63, RCC 1984, p. 95). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, il y a lieu d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215, consid. 3.2.2). Le but poursuivi par la mesure doit donc s'inscrire dans une certaine durée, et son succès doit être

proportionné à son coût. Enfin, la mesure concrète doit être raisonnablement exigible de l'assuré (ATF 130 V 488, consid. 4.3.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2). En effet, une mesure de reclassement ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée (ATFA du 16 février 2007, I 170/06). Les mesures ne seront donc pas allouées si elles semblent d'emblée vouées à l'échec (ATF du 16 février 2007 I 170/06). 7. Le recourant conteste essentiellement l'évaluation de sa capacité de travail dans la profession d'employé de bureau. 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). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

A/4839/2007 - 13/20 - 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 convient 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 a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). c) 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. 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 353 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. En effet, il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988

A/4839/2007 - 14/20 - p. 504 consid. 2). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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 ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). 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). 8. Dans le cas d'espèce, il sied de tenir compte de l'état de faits existant lors de la décision querellée, soit en novembre 2007. A cette date, l'intimé disposait des rapports des médecins traitants (Dresses A _____ et E _____ et Drs O _____ et C _____) et d'un rapport d'expertise établi par le Centre d'expertise médicale. Selon les experts, le recourant disposait de toute sa capacité de travail dans la profession d'employé de bureau. De son côté, le Dr. C _____ estimait que son patient était capable de travailler à raison de 30 à 40% en raison des troubles du sommeil et des lombalgies. Quant aux Drs P _____, E _____ et O _____, ils ne se sont pas prononcés sur la question de la capacité de travail. Les autres rapports produits par le recourant portent sur l'aggravation de sa santé survenue postérieurement à la décision querellée, de sorte qu'il ne peut en être tenu compte. Comme cela a été relevé ci-dessus, en cas de rapports médicaux contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. a) Le Tribunal de céans constate tout d'abord que les experts ont rédigé leur rapport du 4 juin 2007 après avoir étudié les pièces du dossier, dont notamment les rapports des médecins traitants du recourant. Ils se sont en outre procurés d'autres avis qui ont été ajoutés au dossier. Les experts ont ainsi consulté plus de 30 documents médicaux, qu'ils ont résumés. Le rapport d'expertise a été établi en se basant notamment sur une anamnèse complète, comprenant les antécédents familiaux et personnels, une anamnèse systématique, sociale et professionnelle. Les plaintes du recourant ont été détaillées et prises en considération. Par ailleurs, les experts ont examiné le recourant et ont résumé leurs constatations. Ils ont ordonné la réalisation d'autres investigations paramédicales, telles que des radiographies et des IRM. Les experts ont procédé à une discussion de l'ensemble des renseignements recueillis et à une appréciation de la capacité résiduelle de travail. Enfin, leurs conclusions sont bien motivées. Ils ont notamment expliqué que le cas du recourant posait surtout des problèmes d'ordre socioprofessionnel, en raison de l'âge et du peu

d'expérience

A/4839/2007 - 15/20 - que l'assuré présentait en qualité d'employé de bureau. Par conséquent, le rapport du 4 juin 2007 remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une entière valeur probante. b) S'agissant des médecins traitants du recourant, il sied de rappeler que conformément à la jurisprudence précitée (notamment ATF 125 V 351), leurs rapports présentent une valeur probante inférieure aux expertises réalisées par les spécialistes. En outre, le Tribunal de céans constate qu'à l'exception du Dr C _____, qui a considéré que son patient était capable d'exercer une activité de bureau à hauteur de 30 à 40 % en raison des troubles du sommeil qu'il présentait, les autres médecins ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Par ailleurs, les constatations du Dr C _____ sont contradictoires : il considère d'une part qu'une activité de bureau n'est pas exigible en raison des troubles du sommeil et des lombalgies du recourant et d'autre part qu'une activité dans un bureau dans le domaine du bâtiment est exigible. De même, tout en considérant que le recourant est totalement incapable de travailler, il préconise la mise en place de mesures d'ordre professionnel pour l'aider à se réinsérer dans le circuit du travail. Les déclarations du Dr C _____ présente donc des contradictions, qui leur ôtent toute valeur probante c) Pour toutes ces raisons, le Tribunal de céans considère que c'est à juste titre que l'intimé a tenu compte des conclusions des experts et non des avis du médecin traitant, étant rappelé que seul le Dr C _____ s'est prononcé sur la capacité de travail de son patient. Le recourant dispose ainsi d'une pleine capacité de travail en qualité d'employé de bureau, activité qui est adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts. Par ailleurs, il sied de rappeler que lors de l'audience de comparution personnelle, le recourant avait accepté le principe d'une aide au placement, ce qui démontre qu'il ne s'estimait pas incapable de travailler lorsque la décision querellée a été rendue. La présente procédure avait d'ailleurs été suspendue jusqu'au résultat de la mesure de placement. Le recourant n'est revenu sur sa position qu'en raison de l'aggravation de son état de santé, aggravation qui s'est produite pendant la procédure de recours, soit postérieurement à la décision attaquée. C'est donc à juste titre que l'intimé a considéré que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans la profession d'employé de bureau. 9. Il convient désormais de déterminer la diminution de la capacité de travail dont souffre le recourant, calculée selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (VSI 2000, p. 63, RCC 1984, p. 95). a) L'art. 16 LPGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il

A/4839/2007 - 16/20 - 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. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b, art. 16 LPGA). b) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global 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). c) Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). d) Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. 10. a) Contrairement à ce qu'a retenu l'OAI, le revenu sans invalidité du recourant ne correspond pas à celui qu'il aurait réalisé en tant qu'employé de bureau même s'il s'agit de la formation acquise suite à un premier reclassement professionnel. En effet, conformément à la jurisprudence précitée, le revenu sans invalidité doit être évalué en tenant compte du dernier revenu effectivement réalisé soit du salaire de conseiller technique, pour lequel le recourant percevait une rémunération annuelle de 78'000 fr. soit 6'500 fr. par mois en 2005 comme cela ressort du questionnaire pour l'employeur dûment rempli.

A/4839/2007 - 17/20 - b) En ce qui concerne le revenu d'invalidé, il ressort du dossier que le recourant n'a pas repris le travail de sorte que le revenu d'invalidé doit être évalué sur la base de salaires fondés sur des données statistiques résultant des Enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. Si le métier d'employé de bureau constitue certes une activité lucrative adaptée à l'état de santé du recourant, on imagine mal qu'il puisse retrouver, sans bénéficier d'une certaine remise à niveau, un emploi qualifié dans cette profession qu'il n'a plus exercée depuis son apprentissage qui s'est achevé en juin 2002. C'est pourquoi, dans la mesure où il n'a pas repris d'activité lucrative, le revenu que le recourant pourrait réaliser dans un emploi adapté à son état de santé peut être évalué en se référant aux données statistiques, soit au salaire mensuel brut (valeur médiane) auquel pouvait prétendre, en 2004, les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le domaine de la production et des services (ESS 2004, p. 53, TA1, niveau de qualification 4). Ce secteur offre en effet un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées pour qu'un certain nombre d'entre elles soient immédiatement accessibles au recourant. Ce salaire s'élève à 4'588 fr. par mois soit 55'056 fr. par année. Les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne dans les entreprises en 2004 (41.6 heures: La Vie économique, 4/2010, tableau B 9.1 p. 90) de sorte qu'il convient d'adapter le salaire ainsi obtenu à la réalité économique. Pour une durée hebdomadaire de 41.6 heures, le salaire mensuel brut s'élève à 4'771.52 fr. par mois soit 57'258.24 par année. En retenant les variations annuelles des salaires nominaux (Indice suisse des salaires nominaux - ISS), le salaire du recourant se serait élevé à 57'773.56 en 2005 (+ 0.9% par rapport à 2004). Par ailleurs, compte tenu des limitations fonctionnelles, un abattement de 10% est justifié. En effet, le recourant est encore jeune et n'a que quelques mois de service à son actif auprès de son dernier employeur. Par conséquent, après indexation et abattement,

le salaire d'invalidé du recourant se serait élevé à 51'996 fr.17. c) Le recourant présente ainsi un degré d'invalidité de 33 % ([78'000 – 51'993.17] : 78'000 x 100 = 33.34 %). Cela étant, même si le degré d'invalidité est supérieur à 20%, le droit à des mesures de reclassement doit être nié. En effet, le recourant a bénéficié d'une première mesure de reclassement qui a été couronnée de succès, étant donné qu'il est désormais titulaire d'un CFC d'employé de bureau. Il dispose donc d'une formation professionnelle qui n'est certes pas entièrement à jour, mais qui lui permet de trouver, sans remise à niveau, un emploi simple dans le domaine des services. Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit également convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont adaptées au handicap du recourant.

A/4839/2007 - 18/20 - C'est donc à juste titre que l'intimé a refusé l'octroi de mesures de reclassement. 11. Même si le recourant ne l'a pas soulevé, il convient encore d'examiner son droit à des mesures d'orientation professionnelle et à une aide au placement. a) L'art. 15 LAI prévoit 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. Cette disposition suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt [du Tribunal fédéral des assurances] I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 206; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, ad Art. 15 IVG). b) A teneur de l'art. 18 al. 1 lit. a LAI, l'assuré qui présente une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGa et qui est susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié. Pour le Tribunal fédéral, il n'y a pas d'invalidité au sens de l'art. 18 LAI (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé et qu'il ne présente pas de limitations liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles du comportement qui l'entraveraient dans sa recherche de travail (p.ex. pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité) (arrêt du 24 décembre 2002, I 669/02; arrêt non publié F. du 15 juillet 2002, I 421/01). Ainsi, 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 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 9C_416/2009 du 1er mars 2010; voir également arrêt I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162). c) Dans le cas particulier, le recourant a bénéficié d'un reclassement professionnel en tant qu'employé de bureau. Il est par ailleurs en possession d'un certificat de capacité, qui atteste qu'il a terminé son apprentissage d'employé de bureau. Cette profession est adaptée à ses atteintes et aux limitations fonctionnelles qui en résultent. Le recourant ne se trouve donc pas dans la situation où il n'aurait pas encore fait le choix d'une profession et où l'invalidité l'empêcherait de faire le choix d'une profession adaptée. La question d'une orientation professionnelle ne se pose dès lors pas.

A/4839/2007 - 19/20 - Par contre, tant l'expert-psychiatre que le coordinateur d'emploi ont constaté que le recourant pouvait devenir colérique et menaçant lorsque la discussion porte sur un sujet qui ne lui convient pas. Il présente dès lors des troubles du comportement qui, certes, n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail, mais qui sont susceptibles de l'entraver dans sa recherche de travail, notamment lors des entretiens d'embauche. Force est donc de constater que les conditions de l'aide au placement sont réalisées. Le Tribunal de céans relève du reste que cette mesure a été préconisée par les experts. Aussi, le Tribunal de céans admettra le recours et annulera la décision querellée dès lors qu'elle rejette la demande du recourant tendant à l'obtention de mesures de reclassement et de placement. Le dossier sera renvoyé à l'intimé pour mise en place d'une mesure d'aide au placement.

A/4839/2007 - 20/20 -

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