

# **GE\_GERICHTE A/1028/2011 vom 24. August 2011**

GE Cour de justice, 2011-08-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1028\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1028_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/1028/2011 du 24 août 2011

IT: GE\_GERICHTE A/1028/2011 del 24 agosto 2011

## **Erwägungen**

### **E. 4**

ème Chambre En la cause Monsieur F \_\_\_\_\_, domicilié aux Avanchets, représenté par CAP Compagnie de Protection Juridique SA recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur F \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, marié et père de trois enfants, a effectué un apprentissage de maçon, avec obtention d'un CFC et d'une maturité professionnelle. Suite à un accident survenu en 1992, l'assuré a cessé toute activité jusqu'en 1994. De 1995 à 1997, l'assuré a suivi une formation de mécanicien sur machines à Moutier, avant d'entreprendre une nouvelle formation de 1997 à 2000 à l'Ecole d'études sociales et pédagogiques de Lausanne dans le cadre d'un reclassement octroyé par l'Office cantonal AI de Berne. Ledit reclassement a été interrompu en date du 1<sup>er</sup> octobre 2000 et l'assuré a déménagé à Genève. De 2001 à 2002, il a occupé un poste de responsable du service après-vente horlogerie chez X \_\_\_\_\_. Le 16 septembre 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OAI). Il indiquait se trouver en incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2003 en raison de dorsalgies, lombalgies chroniques, d'une maladie de Scheuermann et de dépression récurrente, précisant avoir déjà bénéficié d'une mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité du canton de Berne. Il avait dû réduire son activité à 60 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2002, ensuite de quoi son employeur avait résilié le contrat. Selon le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, médecin - conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après OCE), l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail et les limitations dans le cadre d'une activité professionnelle devait être définies ultérieurement, étant précisé qu'il devait éviter d'être en contact avec différents produits mentionnés par la SUVA. Quant au Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, il a indiqué dans un rapport médical du 23 juillet 2003 à l'attention de l'OCE que le recourant ne pouvait pas porter des charges et qu'il connaissait des limitations de type allergique. Une réinsertion professionnelle était indiquée, soit dans une activité indépendante ou dans un travail d'huissier, ou encore dans le cadre d'une formation dans le domaine social. Dans son rapport du 21 décembre 2003, le Dr N \_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH, mentionne que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques anciennes avec blocages récidivants ainsi que d'un état dépressif chronique. Une rente n'était pas indiquée, le patient devait être encouragé dans le cadre de mesures professionnelles pour la reprise d'un magasin de pêche, aucune des anciennes activités de tailleur de pierres, de guide de pêche ou d'assistant social n'étant envisageable. L'examen IRM pratiqué le 19 juin 2003 montrait des séquelles de Scheuermann à la charnière dorso-lombaire. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assuré ne pouvait maintenir la position assise ou debout ou encore la même position du corps pendant longtemps, ni incliner le buste, lever, porter ou déplacer des charges, se

baisser ou se déplacer sur un sol irrégulier. Par décision du 1<sup>er</sup> juin 2004, l'OCE prononça l'inaptitude au placement de l'assuré, pour raisons médicales. Dans un rapport du 8 août 2004, le Dr N\_\_\_\_\_ a attesté que l'état de santé du patient était resté stationnaire, sans changement dans le diagnostic. L'état dépressif était traité par médicaments antidépresseurs et devrait s'améliorer dans les mois à venir avec un prononcé de divorce. Selon le médecin, la solution la moins dommageable pour l'assuré était de monter une petite entreprise dans le domaine de la pêche, mais il manquait le financement qui pourrait être obtenu par le biais de l'attribution d'une demi-rente, les autres solutions, à savoir une rente complète ou un troisième projet de réadaptation apparaissant plus dommageable. Le 24 avril 2005, le Dr N\_\_\_\_\_ a signalé une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis environ une année, les diagnostics étant désormais les suivants : lombalgies chroniques, état dépressif grave, chondropathie rotulienne bilatérale et status après transposition de la rotule gauche. Le patient présentait de nombreuses limitations. L'aggravation subjective et objective pouvait être partiellement réversible avec un traitement psychique et physique intensif dont l'assuré ne pouvait bénéficier, en raison de sa situation financière. Le praticien préconisait une expertise, afin d'évaluer les mesures les plus urgentes à prendre sur le plan du traitement psychique et physique ainsi que pour une réadaptation. Dans un rapport du 7 mai 2006, le Dr N\_\_\_\_\_ indiquait que l'état de santé de son patient était resté stationnaire. La situation médicale s'était chronicisée et la situation sociale améliorée avec le prononcé du divorce. Une prise en charge psychiatrique n'avait pas eu lieu faute de demande de la part du patient et de moyens financiers de ce dernier, en faillite personnelle ; les primes d'assurance n'étaient plus payées et les soins pas remboursés. Le Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR) a effectué un examen rhumatologique et psychiatrique le 30 janvier 2007. Selon le rapport du 14 février 2007, le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué avec répercussions sur la capacité de travail, des rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles d'une maladie de Scheuermann et malformation de la charnière lombo-sacrée (M 54), un syndrome rotulien gauche dans le cadre d'une discrète gonarthrose débutante, status après transposition de la tubérosité tibiale antérieure gauche en 1998 (M 22.2), ainsi que des allergies cutanées et respiratoires aux benzines, émulsions, huile de coupe et ammonium quaternaire. Sur le plan psychiatrique, le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué une accentuation de certains traits de la personnalité d'ordre narcissique, impulsif et anxieux, un ou plusieurs états dépressifs réactionnels inclassables vu le manque d'information, chaque fois avec rémission, affections sans influence sur la capacité de travail. Les médecins du SMR ont conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité de maçon, de mécanicien de machine et dans le service après-vente de l'horlogerie si cela nécessitait la manipulation de produits allergènes non supportés par l'assuré. Dans une activité adaptée respectant les limitations ostéoarticulaires et allergiques, la capacité de travail était complète. Une souffrance psychique importante de la vie compliquée n'était pas exclue, mais il n'y avait pas de limitation fonctionnelle psychiatrique. Le SMR relevait que l'assuré demandait un reclassement et recommandait d'examiner si le travail de responsable du service après-vente dans l'horlogerie était exigible sur le plan des allergies, aucun argument rhumatologique ne s'opposant à l'exécution d'une telle activité. Selon la description du poste de travail fournie par l'employeur, l'activité dans le service après-vente nécessitait de soulever des caisses de marchandises, la réception des clients pouvait imposer de maintenir une position debout prolongée de plus d'une heure et l'utilisation de benzine

était nécessaire pour le nettoyage de boîtes de montre. Par décision du 4 septembre 2008, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, motif pris que dans une activité adaptée aux limitations ostéo-articulaires et allergiques, la capacité de travail de l'assuré était totale. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élevait à 22 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. L'assuré a contesté cette décision en interjetant recours par-devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS), alors compétent. Il a soutenu qu'une activité adaptée à temps complet n'était pas exigible en raison du problème rachidien, sans une formation, et fait état de problèmes psychiques lui interdisant l'accès à certaines professions. Il a conclu à l'octroi d'une mesure de réadaptation, subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Par arrêt du 17 septembre 2009, le TCAS a partiellement admis le recours de l'assuré. Se référant au rapport du SMR, le TCAS a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et a jugé que si la capacité de travail était complète dans une activité adaptée, cette dernière n'avait pas été définie concrètement par le service de réadaptation professionnelle. Il n'était ainsi pas en mesure de se prononcer au sujet de la mesure de réadaptation, ni quant à l'octroi d'une rente. En conséquence, le TCAS a annulé la décision de l'OAI, octroyé une mesure d'orientation professionnelle dans le sens des considérants et renvoyé la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre la mesure, avant de se prononcer à nouveau quant à la demande de prestations du recourant. L'OAI a organisé un stage d'observation professionnelle auprès du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI), à savoir les Etablissements publics pour l'intégration (EPI), du 8 février 2010 au 7 mars 2010. Dans son rapport du 8 mars 2010, le COPAI conclut qu'actuellement les capacités physiques observées sont incompatibles avec une activité professionnelle légère, même à temps partiel, en raison des difficultés de maintien de la position assise, des alternances fréquentes de positions ainsi que du risque d'absentéisme. Dans ces conditions, l'assuré n'est pas dans l'état physique permettant de suivre une formation professionnelle. Le comportement de l'assuré durant le stage est resté très ambivalent entre le désir affiché de faire une formation et l'incapacité de tenir les positions de travail. Il gère mal son potentiel physique, par moment il s'investit dans le travail à un rythme qu'il ne pourrait maintenir de façon permanente et le jour suivant, il est en arrêt, étant dans l'incapacité de maintenir l'une ou l'autre des positions de travail. Le COPAI se réfère pour le surplus aux conclusions de son médecin consultant, auxquelles il adhère. Dans son rapport du 17 mars 2010, le Dr Q \_\_\_\_\_, médecin consultant du COPAI, relève que s'il existe indéniablement des troubles statiques et dégénératifs du rachis qui contre-indiquent les activités physiques lourdes et le maintien à très long terme de positions statiques, il semble cependant peu vraisemblable qu'aucune activité ne puisse être exercée. Or, l'assuré a démontré au cours du stage une incapacité complète à maintenir une activité rentable malgré une qualité de travail ponctuelle tout à fait correcte. Il existe par ailleurs des problèmes allergiques objectifs qui empêchent la reprise d'activités dans la mécanique. Le Dr Q \_\_\_\_\_ mentionne que les difficultés psychiques de l'assuré - qui nécessiteraient une prise en charge impossible actuellement en partie pour des raisons de revenus et d'assurances -, liées à des troubles de la personnalité anciens et à une certaine projectivité, semblent constituer un obstacle tout à fait significatif pour toute reprise d'activité ou tout projet de formation. Ces difficultés qui semblent permanentes depuis de nombreuses années si on se réfère au parcours personnel très difficile de l'assuré, aux nombreux épisodes de décompensation, de tentamens et de consommation passée abusive d'alcool et de cannabis, sont considérées comme non significatives par les experts commis par l'AI. Si les troubles psychiques ne

sont pas considérés comme invalidants de manière directe, le Dr Q\_\_\_\_\_ considère qu'ils semblent malgré tout jouer un rôle déterminant dans la situation actuelle. Par avis du 9 juillet 2010, le SMR, sous la plume du Dr R\_\_\_\_\_, estime que les traits de personnalité révèlent un caractère particulier, mais non une incapacité de travail durable. En l'état du dossier, ce sont les conclusions du rapport SMR du 12 mars 2007 qui restent valables. Par décision du 7 mars 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que suite au stage aux EPI, le service de réadaptation considère que des mesures professionnelles ne sont pas indiquées, car elles ne seraient pas de nature à diminuer le dommage ou à favoriser la reprise d'une activité adaptée. L'assuré a les capacités de trouver une activité adaptée ne nécessitant pas de formation qualifiée. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré interjette recours en date du 8 avril 2011. Il se réfère aux conclusions du rapport COPAI, aux termes duquel il est également incapable de travailler dans une activité adaptée et n'est pas en état de suivre une formation professionnelle. Partant, il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Subsidiairement, il demande qu'une nouvelle expertise médicale soit mise en oeuvre. Dans sa réponse du 9 mai 2011, l'OAI conclut au rejet du recours, relevant que le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail. De plus, en cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré. En l'occurrence, l'appréciation du COPAI ne peut être prise en compte, car elle a été faussée par le comportement de l'assuré. En l'absence d'un nouvel élément médical faisant état d'une quelconque aggravation des troubles de la santé du recourant, les conclusions médicales résultant de l'examen bidisciplinaire de janvier 2007 demeurent valables, en ce sens que les capacités physiques et psychiques du recourant seraient compatibles avec une activité pratique et légère, sans sollicitation excessive du rachis lombaire et permettant une alternance régulière de positions de travail. Par ailleurs, au vu des limitations fonctionnelles présentées par le recourant, 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 soit nécessaire. Après communication de cette écriture au recourant, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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 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 LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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, le recourant a réduit son activité à 60 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2002, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003 il a cessé toute activité lucrative et a demandé un reclassement en date du 25 septembre 2003. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations de l'assurance invalidité doit être examiné au

regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> et la 5<sup>ème</sup> révisions de cette loi en vigueur jusqu'à la date de la décision litigieuse, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10). L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut en principe pas être prononcé (ATF 125 V 413 consid. 1a p. 414; 119 Ib 33 consid. 1b p. 36 et les références). Selon la jurisprudence, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références). En l'espèce, la décision querellée est intitulée « pas de droit à des prestations de l'AI » ; cependant, dans ses considérants, l'intimé justifie le refus de mesures professionnelles, affirmant que ces dernières ne sont pas de nature à diminuer le dommage ou à favoriser la reprise d'une activité adaptée. Le recourant ne conteste quant à lui pas le refus de mesures professionnelles, mais il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, au vu des conclusions du COPAI. A cet égard, la Cour de céans constate que quand bien même l'intimé n'a pas expressément statué sur le droit à la rente, il se réfère néanmoins à l'avis du SMR du 12 mars 2007, selon lequel le recourant présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Partant, l'intimé refuse implicitement le droit à une rente, ce qui ressort de sa réponse au recours. La Cour de céans relève par ailleurs que dans son arrêt du 17 septembre 2009, le TCAS avait annulé la décision de refus de rente du 4 septembre 2008, octroyé une mesure d'orientation professionnelle et renvoyé la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre ladite mesure et statue à nouveau sur le droit aux prestations du recourant, notamment le droit à la rente. Par conséquent, il convient d'admettre que l'intimé a implicitement refusé le droit à une rente d'invalidité, seul objet du litige à teneur des conclusions du recourant. 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 er LPGA). Selon le texte de la loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas

non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). Avec l'entrée en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 de la nouvelle LAI, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire. b) Selon l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> 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. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29<sup>ter</sup> du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 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 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 d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2). L'instruction des faits d'ordre médical se fonde ainsi 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 (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). b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). En l'occurrence, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur le droit à la rente, en l'état actuel du dossier. En effet, il convient de relever que le rapport du SMR date de plus de quatre ans ; il citait par ailleurs une expertise psychiatrique effectuée par le Professeur S\_\_\_\_\_ dont on ignore le contenu, puisque le document ne figure pas au dossier. Ensuite, l'on ne dispose plus de renseignements médicaux concernant l'état de santé du recourant depuis le rapport d'examen du SMR et celui - succinct - du Dr N\_\_\_\_\_ du 28 mai 2008, étant précisé que dans un rapport daté du 24 avril 2005, le médecin précité faisait état d'un suivi psychiatrique chez un médecin à la retraite, non documenté. Enfin, selon le médecin conseil du COPAI, il semblerait que les troubles psychiques du recourant joueraient tout de même un rôle dans la situation actuelle, l'empêchant de reprendre une activité et de suivre une formation professionnelle. Il n'est donc pas exclu que la situation ait évolué. Pour terminer, force est de constater que le dossier n'est pas complet. L'on ne dispose pas en effet du dossier AI du canton de Berne et l'on ignore en particulier pour quelles raisons le reclassement professionnel accordé a été interrompu. En l'absence de données médicales actualisées, la Cour de céans ne saurait tirer des conclusions définitives quant aux atteintes à la santé du recourant et leurs conséquences sur la capacité de travail dans une activité adaptée raisonnablement exigible. Il incombera à l'intimé de requérir

l'apport du dossier AI du canton de Berne, de se procurer l'expertise citée dans le rapport du SMR et d'investiguer l'aspect médical, le cas échéant en recourant à une expertise, puis de rendre une décision dûment motivée quant au droit à la rente. Au vu des considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis. Le recourant, représenté par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 1'000 fr. (art. 89H al. 3 LPA). L'intimé sera condamné à payer un émolument de 500 fr. (art. 69 al. 1bis LAI) PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :  
Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Confirme la décision s'agissant du droit à une mesure d'ordre professionnel. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision quant au droit à la rente, dans le sens des considérants. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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