

GE_GERICHTE A/144/2011 vom 28. Juli 2011

GE Cour de justice, 2011-07-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_144_2011

FR: GE_GERICHTE A/144/2011 du 28 juillet 2011

IT: GE_GERICHTE A/144/2011 del 28 luglio 2011

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Monsieur M _____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur M _____ (ci-après l'assuré), ressortissant égyptien, né en 1952, au bénéfice d'un permis d'établissement, a obtenu une licence en lettres à l'Université du Caire et un certificat de gestion à Genève en 1982. Depuis 1995, il exerçait la profession d'instructeur de plongée indépendant. Le 17 octobre 2001, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI), en raison d'une paraplégie suite à un accident de décompression lors d'une plongée, en avril 2001. Dans un rapport du 19 février 2002, le Dr A _____, spécialiste FMH en neurologie, qui a traité le patient du 5 juin au 10 novembre 2001 auprès du centre des paraplégiques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une paraplégie incomplète (de dernier niveau sain D9), une vessie et un intestin neurogènes. L'incapacité était totale dans l'activité de moniteur de plongée, depuis le 19 avril 2001. Dans une activité de remplacement, telle que la gestion d'un centre de plongée ou instructeur théorique, la capacité de travail était complète, sans baisse de rendement, dès février-mars 2002. L'assuré avait en particulier les limitations fonctionnelles suivantes : travail en position debout, dans la même position, sans alternance des positions et sans inclinaison du buste. En revanche, il pouvait rester en position assise durant dix heures par jour (avec push-up), porter une charge pesant jusqu'à 20 kg, utiliser complètement ses deux bras. La motivation pour un reclassement professionnel était bonne. Dans un rapport du 22 septembre 2003 adressé à l'OAI, le Dr B _____, médecin traitant, a attesté que l'état de santé de son patient était stationnaire et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Le pronostic était défavorable. Dans un avis du 30 septembre 2003, le Dr C _____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après le SMR), a estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire assis dans un fauteuil roulant, conformément à l'appréciation du Dr A _____ du 19 février 2002. Par décision du 30 septembre 2003, l'OAI a accordé une orientation professionnelle (entretien à l'Office) à l'assuré pour déterminer ses possibilités de réinsertion professionnelle. Après avoir mis en demeure l'assuré, l'OAI a, par décision du 14 octobre 2004, refusé l'octroi de mesures d'ordre professionnel, vu le refus de l'assuré de collaborer aux mesures d'instruction. Cette décision n'a pas été attaquée. Le 10 janvier 2006, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations tendant à l'octroi d'un reclassement ou d'une rente. Par rapports des 5 et 6 avril 2006, la Dresse D _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation auprès de la Division des Paraplégiques des HUG, a attesté que l'état de santé du patient était stationnaire. Des mesures professionnelles étaient indiquées. La motivation pour la

reprise du travail ou un reclassement professionnel était partielle. Seule une activité de bureau, en fauteuil roulant, était exigible, à 50%, étant précisé que la position assise était possible « sans limite » et que l'inclinaison du buste était difficile. Dans un avis du 28 septembre 2006, la Dresse E _____, médecin auprès du SMR, a conclu à une capacité de travail entière dans une activité sédentaire. L'avis du SMR du 30 septembre 2003, se ralliant aux conclusions du Dr A _____ (du 19 février 2002), était toujours valable, dans la mesure où l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Selon la Dresse E _____, il était curieux de retenir, à l'instar de la Dresse D _____, une capacité de travail exigible de seulement 50%. Cette dernière n'avait du reste pas expliqué ce taux. Des mesures d'ordre professionnel étaient donc possibles à partir de février-mars 2002. Par décision du 18 septembre 2008, confirmant un projet de décision du 19 décembre 2007, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles, motif pris que le degré d'invalidité était de 10% seulement. Il a retenu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle ; elle était en revanche complète dans une activité adaptée. Par rapport du 9 juillet 2008, la Dresse D _____ a attesté que l'assuré présentait des lésions neurologiques impliquant des troubles de la motricité volontaire au niveau des membres inférieurs. Il en résultait de grandes difficultés à la marche et une fatigabilité. Ces troubles étaient aggravés par une importante surcharge pondérale. Le patient vivait totalement en fauteuil roulant. Il présentait en outre des troubles des fonctions vésico-sphinctériennes avec une rétention urinaire chronique, mais aussi le risque d'incontinence, en particulier lorsqu'il y avait infection urinaire. Cette atteinte nécessitait d'effectuer plusieurs fois par jour (4 à 6 fois) des sondages vésicaux. Du fait du handicap et des soins personnels nécessaires en découlant, une activité à temps partiel (50%) était envisageable, dans un poste adapté, avec possibilité de quitter le poste de travail quand le besoin de vider la vessie se faisait sentir. Suite au recours déposé par l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après TCAS), alors compétent, a, par arrêt du 23 juillet 2009, entré en force, annulé la décision du 18 septembre 2008 et a renvoyé la cause à l'OAI pour la mise en œuvre d'une mesure d'orientation professionnelle (ATAS/982/2009). Le TCAS a notamment retenu, qu'au vu des rapports médicaux versés au dossier, l'assuré disposait d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle, mais totale dans une activité adaptée. Il résultait de la comparaison des revenus avec et sans invalidité, que l'assuré présentait un degré d'invalidité de 15%. Du 8 février au 9 mai 2010, l'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle en vue d'une aide au placement auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après EPI). Par rapport du 2 juin 2010, il est relevé que le stage en entreprise - dans le domaine de la réception en EMS - a permis de confirmer les observations faites en atelier, à savoir que l'assuré a des difficultés à maintenir un rythme de travail régulier sur la journée entière, en raison d'une baisse de la résistance physique et de sa capacité de concentration, dès le début de l'après-midi. Les experts en réadaptation ont expliqué avoir des réticences à affirmer que l'assuré pouvait travailler à plein temps. D'après leurs observations et suite au calcul du temps nécessaire chaque jour pour changer les sondes dans de bonnes conditions, ils pensaient qu'un poste à plein temps n'était pas approprié. L'assuré devait pouvoir s'absenter de son poste de travail à n'importe quel instant. L'assuré devait faire face à de nombreux désagréments associés ayant des répercussions sur son hygiène et sa santé, telles que des infections urinaires fréquentes pendant le stage. Les capacités étaient difficilement compatibles avec un emploi à plein temps sans souplesse d'adaptation de l'horaire possible. Un travail à temps partiel, permettant une flexibilité des horaires serait profitable. Dans le cadre du stage effectué à

plein temps par l'assuré en tant qu'aide secrétaire-réceptionniste dans un EMS du 26 avril au 7 mai 2010, il a été relevé que son engagement était bon. Dès le début de l'après-midi, sa capacité de concentration chutait, les inconforts et la fatigue augmentaient. A trois reprises, l'assuré avait dû quitter son lieu de travail plus tôt. Les responsables ont noté qu'il avait de bonnes capacités intellectuelles ainsi qu'une bonne capacité d'intégration. Cependant, un certain nombre de tâches nécessitant des déplacements était difficile, voire même impossible. Sa paraplégie l'empêchait de réaliser de nombreuses tâches, diminuant ainsi son autonomie et ses performances dans un tel poste. Il avait pleinement participé à la démarche en proposant des orientations réalistes. Le stage s'était bien passé, l'assuré avait démontré un intérêt pour le travail proposé, il avait fait preuve d'engagement et s'était très bien intégré dans l'équipe. Les experts en réadaptation professionnelles ont conclu que les capacités d'apprentissage et d'adaptation permettent à l'assuré d'envisager un travail en tant que réceptionniste (en milieu hospitalier ou EMS), employé d'une organisation internationale, agent de voyage, commerce (vente sans port de charges), employé de bureau, télémarketing, ce moyennant une adaptation des locaux (WC, accès, aménagements) ainsi qu'une adaptation en temps et/ou rendement. L'assuré avait effectué de nombreuses démarches professionnelles et avait obtenu quelques entretiens. Les EPI avaient cependant été dans l'impossibilité de mettre sur pied un projet professionnel dans ces domaines, compte tenu des nombreuses difficultés à trouver des entreprises ou des institutions prêtes à accepter l'assuré. Son handicap semblait être un frein non négligeable pour intégrer un milieu professionnel indépendamment de son potentiel dans le secteur tertiaire. Enfin, le Dr F _____, médecin conseil des EPI, spécialiste FMH en médecine interne, a établi un rapport le 10 février 2010, selon lequel les horaires devaient être adaptés, car quoi qu'en dise le SMR, on se trouvait dans une situation neurologique, où après quelques heures d'activités, l'assuré commençait à ressentir des fourmillements dans les deux mains et à souffrir de spasmes musculaires des membres inférieurs, qui sont peu compatibles avec la poursuite d'une activité. Enfin, l'assuré devait pouvoir bénéficier d'installations sanitaires adaptées, avec rehaussement du siège des toilettes et lavabo dans les toilettes. A la fin du stage, l'assuré a signalé aux responsables de la réadaptation, que les derniers examens médicaux effectués avaient révélé une perte progressive de la mobilité des membres supérieurs. Par projet de décision du 16 juillet 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser l'octroi d'une rente. La mesure professionnelle avait démontré que l'assuré était à même d'exercer un certain nombre d'activités dans le domaine administratif. Le stage en entreprise avait permis de confirmer cette appréciation établie en atelier. L'assuré avait en outre pu effectuer des recherches d'emploi et compléter son dossier de candidature. D'autres mesures de réadaptation n'étaient pas nécessaires pour aider l'assuré à rétablir sa capacité de gain. Enfin, le taux d'invalidité, tel que confirmé par le TCAS (15%), ne permettait pas l'octroi d'une rente. Par pli du 27 octobre 2010, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport établi le 18 octobre 2010 par la Dresse D _____, selon lequel l'assuré souffre d'une compression aiguë du nerf médian gauche au niveau du canal carpien, avec comme conséquences des acroparesthésies nocturnes au niveau de la main et du bras gauches (douleurs) et des troubles de préhension avec lâchage des objets. A cette lésion se surajoutait une atteinte de type polyneuropathie d'origine diabétique probablement. L'assuré devait subir une intervention de libération du nerf médian dans le canal carpien, étant précisé que néanmoins la récupération n'est en général pas complète. Quant aux troubles neurologiques liés au diabète, ils sont le plus souvent irréversibles. Elle a ajouté que le bilan électromyographique effectué en avril 2010 signalait que l'atteinte aux

membres supérieurs était bilatérale. Selon elle, ce type de problème entravait toute activité manuelle. S'agissant de la reprise d'une activité, elle ne pouvait que répéter ce qu'elle avait déjà indiqué en 2006 : étant donné les pathologies présentées par l'assuré (paraplégie, excès pondéral, diabète) et les complications qui en découlent, on ne pouvait envisager qu'une activité à temps partiel, au maximum à 50%, ce d'autant plus qu'il fallait s'attendre à une péjoration de l'état de santé. Par avis du 11 novembre 2010, la Dresse G _____ a considéré que l'opération du tunnel carpien n'entraîne pas d'incapacité de travail durable au-delà de quatre semaines, habituellement et sans complications. Cette nouvelle atteinte ne changeait donc pas les conclusions du SMR du 28 septembre 2006. Par décision du 3 décembre 2010, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente. La mesure professionnelle avait montré que l'assuré est à même d'exercer un certain nombre d'activités dans le domaine administratif. Le taux d'invalidité de 15%, confirmé par le TCAS, ne permettait pas l'octroi d'une rente. Enfin, la nouvelle atteinte annoncée par la Dresse D _____, n'entraîne habituellement pas d'incapacité de travail durable d'après la littérature médicale. Par ailleurs, ce médecin avait confirmé la capacité de travail attestée lors des précédents rapports. Par acte du 18 janvier 2011, l'assuré, par l'intermédiaire de Maître Karin BAERTSCHI, a interjeté recours contre la décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, sous suite de dépens. Il est d'avis que le degré d'invalidité retenu par le TCAS ne peut être repris, étant donné que la mesure d'orientation aux EPI a mis en évidence ses limitations concrètes et que la Dresse D _____ a confirmé que seule une activité à 50% est envisageable. Ainsi, après exécution de la mesure d'orientation professionnelle, il n'est plus possible de retenir que la capacité résiduelle de travail serait de 100% dans une activité adaptée. Par réponse du 15 février 2011, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs mentionnés dans la décision. Il ajoute que la situation médicale du recourant a été investiguée de manière exhaustive et que le SMR a reconnu une capacité de travail résiduelle totale dans une activité adaptée (avis du 28 septembre 2006). Dans l'arrêt entré en force, le TCAS avait d'ailleurs suivi ces conclusions, en se basant sur les avis médicaux auxquels il a reconnu pleine valeur probante, et alors que les problèmes de santé du recourant étaient les mêmes qu'actuellement. Les EPI avaient en l'occurrence estimé qu'un poste à plein temps n'est pas approprié vu le temps nécessaire pour changer les sondes. L'intimé rappelle à cet égard que le TCAS avait déjà considéré dans son arrêt que le changement de sondes n'était pas de nature à entraîner une baisse de la capacité de travail. Enfin, s'agissant de la nouvelle atteinte touchant le canal carpien, celle-ci avait été prise en compte par le SMR (avis du 11 novembre 2010). Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la Cour de céans a gardé la cause 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 er 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 er 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 3 décembre 2010, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et, le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème} et 5^{ème} révisions de cette loi, 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). Le litige consiste à déterminer si le recourant a droit à une rente d'invalidité en raison des atteintes à la santé qu'il présente. L'intimé est d'avis que le degré d'invalidité du recourant a déjà été fixé par arrêt du TCAS du 23 juillet 2009 entré en force (ATAS/982/2009), de sorte qu'il ne peut être réexaminé. Il y a lieu de rappeler qu'il y a autorité de chose jugée, du point de vue matériel, lorsque le litige a le même objet que celui sur lequel s'est déjà prononcée l'autorité - judiciaire ou administrative - par un jugement ou une décision passée en force (ATF 98 V 174 consid. 2 p. 178). Ce principe se résume par l'adage latin « ne bis in idem » : les mêmes parties ne peuvent pas remettre en cause devant quelque juridiction que ce soit un litige tranché par l'autorité compétente avec force de chose jugée. Il a pour but d'assurer la sécurité du droit en empêchant que la régularité d'un acte constatée sur recours ou action soit indéfiniment remise en question et, partant, que le même contrôle soit mis en œuvre indéfiniment (MOOR, Droit administratif, volume II, Berne 2002, p. 324). La jurisprudence considère que l'autorité de chose jugée ne s'attache qu'au seul dispositif de la décision ou du jugement et non à ses motifs (ATF 115 V 418 consid. 3b/aa ; 113 V 159). Les constatations de fait du jugement et les considérants de celui-ci ne participent pas de la force matérielle. Ils n'ont aucun effet contraignant dans le cadre d'une procédure ultérieure (ATF 121 III 478 consid. 4a). Demeure réservée l'éventualité d'un renvoi aux motifs dans le dispositif : dans ce cas, la motivation à laquelle il est renvoyé acquiert force matérielle (ATF 113 V 159 ; ATFA non publié du 6 décembre 2006, I 857/05, consid. 2.1). En l'espèce, la Cour de céans constate que si le TCAS a effectivement retenu un degré d'invalidité de 15% dans son arrêt du 23 juillet 2009, il n'en demeure pas moins que ce taux d'invalidité ne figure pas dans le dispositif et que ce dernier ne renvoie pas aux motifs de l'arrêt. De surcroît, l'intimé a lui-même expliqué dans sa décision litigieuse avoir procédé au réexamen du droit du recourant à une rente d'invalidité et il a, à cet égard, rappelé que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité présenté par l'assuré. Ainsi, au moment de rendre sa décision litigieuse, et contrairement à ce qu'il prétend dans le cadre de la présente procédure, l'intimé considèrerait alors que le taux d'invalidité retenu par le TCAS n'avait pas acquis autorité de la chose jugée. Qui plus est, si le degré d'invalidité de 15% avait acquis autorité de la chose jugée, comme le fait valoir l'intimé, le recourant aurait alors été contraint de déposer une nouvelle demande de prestations compte tenu de ses nouvelles atteintes à la santé - au sens de l'art. 87 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201) - et ce alors même que sa première demande était encore en cours d'instruction auprès de l'intimé. Pour ces motifs, le degré d'invalidité calculé par le TCAS dans son arrêt du 23 juillet 2009 n'a pas acquis l'autorité de la chose jugée, de sorte qu'il peut être réexaminé en l'état. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (cf. Karl Abegg, Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI], in RCC 1985, p. 246 ss). En particulier, lorsque l'appréciation d'un COPAI diverge sensiblement de celle des médecins d'un COMAI, il incombe à l'administration ou, en cas de recours, au juge de confronter les deux appréciations, au besoin en requérant un complément d'instruction de la part du COPAI ou du COMAI (consid. 4.3, publié dans Plädoyer 2004/3 p. 64, de l'arrêt G. du 24 octobre 2003, I 35/03). 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 352 ss consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En l'occurrence, l'intimé a retenu que le recourant présente, compte tenu de ses atteintes à la santé, une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée, à savoir en position assise, sans baisse de rendement. Le recourant allègue que son état de santé ne lui permet pas d'exercer une activité à plein temps. Dans le cadre de l'instruction du dossier du recourant, le Dr A _____ a estimé qu'en raison d'une paraplégie incomplète, d'une vessie et d'un intestin neurogènes, le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle. Par contre, il avait une capacité de travail totale dans une activité adaptée, soit en position assise durant dix heures par jour, le port de charges jusqu'à 20 kg et l'utilisation de ses deux bras (rapport du 19 février 2002.) Le SMR s'est rallié à cette estimation (avis des 30 septembre 2003, 28 septembre 2006 et 11 novembre 2010). A la suite d'un stage d'observation professionnelle effectué auprès des EPI du 8 février au 9 mai 2010, il a été constaté que les capacités résiduelles du recourant étaient difficilement compatibles avec un emploi à plein temps sans souplesse d'adaptation de l'horaire possible (rapport du 2 juin 2010). A la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier, la Cour de céans constate que l'intimé a fixé la capacité de travail résiduelle du recourant, soit 100% dans une activité adaptée, en se fondant uniquement sur l'appréciation du 19 février 2002 du Dr A _____, à l'exclusion de l'appréciation professionnelle effectuée le 2 juin 2010 par les EPI. Pourtant, les conclusions des EPI - selon lesquelles le recourant présente une baisse de la résistance physique et de sa capacité de concentration dès le début de l'après-midi, à quoi s'ajoute la nécessité de changer les sondes dans de bonnes conditions, de sorte qu'un

poste à plein temps n'est pas approprié - sont corroborées par celles de leur médecin-conseil, le Dr F _____, pour qui le recourant ne peut effectuer un plein temps en raison des fourmillements dans les deux mains et des spasmes musculaires des membres inférieurs apparaissant après quelques heures d'activités (rapport du 10 février 2010) ainsi que par celles de la Dresse D _____, pour qui seul un temps partiel est envisageable au vu des pathologies présentées par le recourant et des complications qui en découlent (rapports des 5/6 avril 2006, 9 juillet 2008 et 18 octobre 2010). On relèvera par ailleurs que les experts en réadaptation ont observé que le recourant s'est engagé pleinement dans la mesure d'observation professionnelle mise en œuvre par l'intimé, qu'il s'est bien intégré à l'équipe et qu'il a démontré un intérêt pour le travail proposé. La Cour de céans observe ainsi que les difficultés présentées par le recourant à maintenir un rythme régulier de travail sur une journée entière ne semblent pas relever d'un manque de motivation de la part du recourant, mais seraient dues aux restrictions d'ordre physique, comme l'a au demeurant constaté le Dr F _____ dans son rapport du 10 février 2010. Ainsi, il y a lieu de constater que les conclusions des EPI, loin de compléter les données médicales fournies par le Dr A _____ quant à la capacité de travail exigible de la part du recourant, divergent sensiblement de celles-ci, de sorte qu'il n'est pas possible de statuer en l'état du dossier. Qui plus est, il apparaît que les limitations fonctionnelles constatées par le Dr A _____ - dont on relèvera que le rapport remonte au 19 février 2002, soit plus de huit ans avant que la décision litigieuse n'ait été rendue (le 3 décembre 2010) - se sont péjorées. Ainsi, si le Dr A _____ estimait en 2002 que le recourant pouvait rester en position assise durant dix heures par jour, porter une charge pesant jusqu'à 20 kg et utiliser complètement ses deux bras (rapport du 19 février 2002), tel n'est plus le cas en 2010, le Dr F _____ ayant constaté qu'après quelques heures d'activités, le recourant présente des spasmes musculaires des membres inférieurs et des fourmillements dans les deux mains (rapport du 10 février 2010). Or, ni le SMR, ni l'intimé, ne se sont déterminés sur ces constatations. A cela s'ajoute le fait que le recourant présente une nouvelle atteinte de type polyneuropathique, probablement d'origine diabétique selon la Dresse D _____ (rapport du 18 octobre 2010), au sujet de laquelle ni le SMR, ni l'intimé, ne se sont prononcés. En pareilles circonstances, vu l'absence de renseignements probants récoltés par l'intimé, la Cour de céans ne peut pas se prononcer sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'office intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise neurologique. En cas de nécessité, un nouveau stage d'observation professionnelle visant à clarifier le rendement exigible de l'intéressé compte tenu de ses limitations fonctionnelles posées médicalement, sera organisé. Une fois ces mesures d'instruction effectuées, il appartiendra à l'intimé d'évaluer le taux d'invalidité et de rendre une décision. Vu ce qui précède, le recours sera admis, la décision querellée annulée et le dossier renvoyé à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants. Eu égard à l'issue du litige, l'intimé versera au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses dépens et s'acquittera d'un montant de 500 fr. correspondant à l'émolument de justice. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :** Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule la décision de l'intimé du 3 décembre 2010. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses 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 Maryse BRIAND La présidente Florence KRAUSKOPF 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.