

GE_GERICHTE A/1688/2008 vom 26. August 2010

GE Cour de justice, 2010-08-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1688_2008

FR: GE_GERICHTE A/1688/2008 du 26 août 2010

IT: GE_GERICHTE A/1688/2008 del 26 agosto 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.08.2010 A/1688/2008

A/1688/2008 ATAS/872/2010 du 26.08.2010 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 12.10.2010, rendu le 05.07.2011, REJETE, 9C_844/2010 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1688/2008 ATAS/872/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 8 du 26 août 2010 En la cause Monsieur G_____, domicilié à Genthod, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Ariane AYER recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur G_____, (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1947, au bénéfice d'une formation commerciale, travaillait comme taxateur à l'Etat de Genève, dès le mois de novembre 1996. En février 2001, le recourant est contraint de réduire son activité pour des raisons médicales. Le 21 mai 2002, il a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après l'OAI) en invoquant un cancer de la prostate inopérable, demande tendant l'octroi d'une rente de l'assurance -invalidité. Dans un rapport médical destiné à l'OAI et daté du 10 juin 2002, le Dr L_____, médecin généraliste, a diagnostiqué un adénocarcinome moyennement différencié de la prostate apparu en décembre 2000, un status après radiothérapie datant de février et avril 2001, un status après pneumonie atypique ayant nécessité une hospitalisation en avril 2001 et une asthénie persistante présente depuis décembre 1997. Au nombre des diagnostics n'ayant pas de répercussions sur la capacité de travail, le médecin a mentionné : un colon spastique, un acouphène à gauche, un status après ulcère duo-dénal et une augmentation isolée de GGT. Le médecin a encore attesté d'une incapacité de travail totale du 18 février au 27 mai 2001 puis de 50% et ce, pour une durée indéterminée. Selon le médecin, le diagnostic et le traitement ont été lourds à supporter pour le patient qui a présenté une asthénie après traitement hormonal et radiothérapie : il avait besoin de repos la journée et présentait moins de résistance à l'effort physique. Il a par ailleurs présenté des douleurs articulaires multiples (péri-arthrite de la hanche bilatérale, doigts à ressaut). L'état de santé de l'assuré a été décrit comme stationnaire. Interrogé par l'OAI, le Dr L_____ a encore indiqué, dans un rapport daté du 2 juin 2002, que le patient était toujours incapable à 50% de travailler, que l'activité d'employé de commerce exercée jusqu'alors était exigible à raison de 4 heures par jour avec une diminution de rendement due à la fatigabilité et au manque de concentration et qu'il ne voyait pas quel travail serait mieux adapté à son état que le sien. Du questionnaire rempli par le service des ressources humaines du département des finances le 13 août 2002, il ressort que l'assuré travaille depuis le 28 mai 2001 à 50%, compte tenu de son état de santé, et que son salaire à plein temps s'élève à 7'198 fr. 20 par mois depuis juillet 2002. S'y est ajoutée en 2002 une prime de fidélité de 1'426 fr. 95. Il a été précisé qu'une indemnité pour incapacité temporaire de travail, correspondant à son

plein salaire, était versée à l'intéressé. Interrogé par l'OAI, le Dr L _____, par courrier du 23 octobre 2002, a déclaré que son patient ne souffrait pas de problèmes psychiatriques. Dans une note du 26 novembre 2002, le Dr M _____, médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après le SMR) estime que le recourant présente une incapacité de travail de 50% dès le 28 mai 2001, de par la persistance d'une asthénie. Par courrier du 10 décembre 2002, l'assuré a informé l'OAI qu'après aggravation de son état de santé, il avait encore dû diminuer son temps de travail. Il a produit une attestation du Dr L _____ indiquant qu'il devrait réduire son activité progressivement dès mi-novembre, qu'il estimait qu'à ce jour, il remplissait les conditions d'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité et que son incapacité de gain était supérieure à 66 2/3%. Dans un rapport médical intermédiaire daté du 26 décembre 2002, le Dr L _____ a confirmé que l'état de santé de son patient s'était aggravé, ce dernier souffrant d'une fatigabilité importante et de troubles de la concentration avec des erreurs de calcul depuis l'été 2002. Un traitement à base d'antidépresseurs a été mis en place, ainsi qu'une thérapie de soutien. Par courrier du 4 février 2003, l'employeur de l'assuré a fait savoir que ce dernier avait été dans l'incapacité totale de travailler les 12 et 13 décembre 2002, à 50% du 16 au 19 décembre 2002, puis à nouveau à 100% à compter du 20 décembre 2002. Le 6 avril 2003, le Dr L _____ a répété que l'état de santé de son patient s'était modifié de façon notable depuis le mois de mai 2002, dans la mesure où sa fatigabilité était importante et où il éprouvait des difficultés de concentration entraînant des erreurs de calcul à son travail. Selon lui, la capacité de travail est nulle depuis le 9 janvier 2003; la compliance est optimale, il y a une bonne concordance entre les plaintes du patient et l'examen clinique; selon le médecin, une prise en charge psychiatrique n'est pas nécessaire. Dans un rapport du 16 avril 2003, Madame H _____, psychologue à l'Etat de Genève, constate que : « une fatigabilité certaine est apparue ainsi qu'un léger ralentissement et de difficultés de concentration... La mémoire épisodique demeure bien préservée. Pas de dyschronie, d'anachronie ni de trouble de la durée. La mémoire sémantique est bonne. L'orientation spatio-temporelle : bonne. L'attention : légèrement fluctuante. L'examen grossier des fonctions supérieures exclu une attaque organique. Les résultats sont normaux, conformément à la tranche d'âge du sujet. La fatigabilité, les légères difficultés de concentration et d'attention sont ressenties comme étant très inconfortables mais n'altèrent aucunement les résultats des tests. Conclusion : L'examen des fonctions supérieures montre un fonctionnement correct sans altération grave. L'examen de la personnalité montre qu'il s'agit d'une structure névrotico normale qui présente un rapport au réel de bonne qualité et dont les limites entre la réalité et l'imaginaire sont maintenues. » Le 16 juin 2003, la Dresse N _____, médecin du SMR, a brièvement indiqué qu'à la lecture du dossier, elle constatait qu'il n'y avait pas d'arguments pour une incapacité de travail durable. Elle a suggéré de demander l'avis du Dr O _____, urologue, afin de préciser s'il existait des métastases, quels étaient la capacité de travail, les limitations fonctionnelles et le traitement, et de procéder éventuellement à un examen psychiatrique. Interrogé, le Dr O _____ a indiqué ne pouvoir se prononcer quant à la situation de l'assuré, qu'il n'avait vu qu'une fois pour un second avis. L'OAI a alors interrogé le Dr P _____, urologue de l'assuré, qui, par courrier du 6 octobre 2003, a indiqué que la situation clinique du patient au plan urologique était parfaitement normale, qu'il n'y avait aucune évidence de métastases de son carcinome de la prostate, qu'il n'y avait aucune incapacité de travail du point de vue urologique, aucune limitation fonctionnelle et aucun traitement en cours. Dès lors, l'OAI a demandé au SMR de procéder à un examen psychiatrique de l'assuré. Dans leur rapport du 25 février 2004, les

Dresses Q _____, psychiatre et N _____, généraliste, ont conclu à une capacité de travail exigible de 100% vu l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques. Les médecins ont relevé que le patient présentait des attaques de panique deux à trois fois par mois, non handicapantes, et que la dernière attaque de panique sévère datait de trois mois auparavant. Aucun symptôme de la lignée psychotique n'a été objectivé, pas plus que de symptôme de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. Sur le plan anxieux, les médecins ont estimé que le patient ne présentait pas d'angoisses persistantes ni de phobies. Aucun trouble de la personnalité morbide n'a été objectivé. Les médecins ont conclu à un trouble panique d'intensité légère. Au plan anamnestique, il a été relevé que, dans son rapport médical du 28 novembre 2000, le Dr R _____, FMH radio-oncologie, avait posé le diagnostic d'adénocarcinome moyennement différencié de la prostate sans se prononcer sur la capacité de travail du patient. Le 10 juin 2002, le Dr L _____, médecin traitant, avait posé le même diagnostic en y ajoutant un status après pneumonie atypique et une asthénie persistante. Il avait évalué l'incapacité de travail à 100% du 18 février au 27 mai 2001 puis à 50%. En dépit d'un traitement médicamenteux anti-dépresseur à petites doses, aucun diagnostic psychiatrique n'avait été retenu. Au plan urologique, le Dr P _____ avait quant à lui précisé que la situation était parfaitement normale, sans métastases, qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle ni incapacité de travail. Au point de vue psychiatrique, l'examen clinique n'a montré ni dépression majeure, ni décompensation psychotique, ni anxiété généralisée, ni trouble phobique, ni trouble de personnalité morbide, ni perturbation de l'environnement psycho-social, ni limitations fonctionnelles psychiatriques. Dès lors, les médecins n'ont pas retenu d'incapacité de travail justifiable de ce point de vue. Enfin, le diagnostic de trouble panique d'intensité légère a été jugé comme étant sans influence sur la capacité de travail. Il repose sur l'existence de plusieurs attaques d'anxiété neurovégétative survenue dans des situations n'impliquant pas de danger réel et non limitée à des situations phobogènes connues ou prévisibles avec des intervalles relativement libres (dans le cas de l'assuré, avec une fréquence de deux à trois fois par mois). Cette symptomatologie, qui a débuté en 1988, a nécessité une prise en charge psychiatrique ambulatoire qui n'a pas empêché l'assuré d'assumer une vie socioprofessionnelle normale. En l'absence d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire et d'un traitement médicamenteux spécifique, l'état de l'assuré est stable et le diagnostic de trouble panique n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Par décision du 9 juillet 2004, l'OAI a accordé à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 18 février 2002 au 31 mars 2003. Il a constaté que le début de l'incapacité de travail remontait au 18 février 2001, que l'examen médical pratiqué le 25 février 2004 par le SMR avait conclu à une incapacité de travail totale du 18 février au 27 mai 2001, de 50% jusqu'à la fin de l'année 2002, puis de 0%. Dès lors, l'OAI a limité le versement de ses prestations au 31 mars 2003, soit à l'échéance d'un délai de trois mois depuis la reprise possible de l'activité, fixée à la fin de l'année 2002. Par courrier du 26 juillet 2004, l'assuré a formé opposition à cette décision en alléguant qu'il était dans l'incapacité totale de travailler. Il s'est par ailleurs étonné de la compensation opérée avec les prestations versées par son employeur. Le 6 octobre 2004, l'assuré a encore rappelé que, par courrier du 10 décembre 2002, il avait signalé une aggravation de son état de santé. Il s'est par ailleurs étonné de n'avoir pas reçu copie des différents rapports des experts qui l'avaient examiné. Par courrier du 29 décembre 2004, l'assuré a informé l'OAI que l'analyse du sommeil effectuée par le Dr S _____, pneumologie FMH, avait démontré un sévère syndrome d'apnée du sommeil. Il a fait valoir que dans de telles conditions, son sommeil ne pouvait être préservé. De ce rapport, il ressort que le tracé

d'oxymétrie nocturne pathologique a permis de retenir, en association avec une clinique évocatrice, le diagnostic de syndrome des apnées du sommeil avec un index de désaturation à 33. Le Dr S_____ a proposé, "vu la sévérité des symptômes et du tracé" une thérapie par "CPAP". Les médecins du SMR ont estimé, le 4 février 2005, que les troubles du sommeil et la fatigue ne constituaient pas en soi une cause d'invalidité, que, certes, le diagnostic de cancer et son traitement "laissaient des séquelles physiques et psychiques" mais qu'il n'y avait, à l'heure actuelle, plus d'éléments objectifs pouvant plaider pour une invalidité au plan asséurologique. Pour sa part, la Caisse de prévoyance du personnel enseignant de l'instruction publique et des fonctionnaires de l'administration de canton de Genève (CIA) par décision du 3 mai 2005, a reconnu à l'intéressé un degré d'invalidité de 100% à compter du 1^{er} avril 2003. Par décision sur opposition du 25 mai 2005, l'OAI a confirmé sa décision du 9 juillet 2004. Par courrier du 17 juin 2005, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. En substance, il relève que les tests effectués par le SMR se sont limités à l'aspect psychologique alors que sa demande de prestations est basée sur des raisons somatiques et plus particulièrement sur sa grande fatigabilité. Il s'étonne de ce que l'OAI n'en ait absolument pas tenu compte, pas plus que de l'aspect somatique dans l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail. Par courrier du 28 juillet 2005, le recourant a complété son recours et conclu formellement à l'octroi d'une rente entière dès le 18 février 2002 et pour une durée indéterminée. Il a demandé subsidiairement à ce qu'une nouvelle expertise soit effectuée qui tienne compte de l'ensemble des affections dont il souffre. Il conteste la valeur probante du rapport du 25 février 2004, alléguant que ses conclusions sont contradictoires et partielles et qu'il aurait donc dû être écarté au profit des avis médicaux concordants contenus au dossier. Il ne conteste pas n'être atteint d'aucune affection psychiatrique invalidante, mais souligne souffrir en revanche d'importantes pathologies somatiques qui, elles, le sont. Il constate qu'aucune expertise médicale relative à l'ensemble de ses affections n'a été effectuée et relève enfin qu'aucune comparaison des gains n'a été pratiquée par l'OAI, pas plus qu'un examen des éventuelles mesures de réadaptation qui pourraient s'avérer nécessaires. Dans un nouvel avis daté du 26 septembre 2005, les Drs T_____ et U_____, médecins du SMR, ont admis qu'à la lecture attentive de l'ensemble du dossier, il ressortait des aspects somatiques, à savoir plusieurs doigts à ressaut, une périarthrite de la hanche bilatérale et un syndrome d'apnées du sommeil. Les médecins ont toutefois estimé que ces éléments n'étaient pas prépondérants dans l'appréciation médicale de la capacité de travail exigible, les atteintes ostéoarticulaires avec un bilan sanguin normal n'étant évoquées par la suite par aucun médecin traitant de l'assuré, ni par ce dernier lui-même dans son opposition ; le syndrome d'apnées du sommeil pouvait par ailleurs être traité par appareillage, comme proposé par le Dr S_____, et ne constituait ainsi pas un facteur d'invalidité. La date de l'amélioration de l'état de santé de l'assuré justifiant l'arrêt de la rente ne ressortant pas clairement de l'appréciation du SMR, les médecins en ont conclu que l'octroi initial de la demi-rente était basé sur des éléments médicaux non invalidants au sens de l'AI, notamment une asthénie. Dans sa réponse du 29 septembre 2005, l'OAI a conclu au rejet du recours. Se basant sur les rapports du SMR, il fait valoir que tous les éléments somatiques ont été pris en considération mais qu'ils n'entraînent aucune invalidité. Dans sa réplique du 1^{er} décembre 2005, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il s'insurge que les médecins du SMR continuent à nier le caractère invalidant des affections dont il est atteint, plus particulièrement de ses apnées du sommeil, de ses acouphènes et de son asthénie, lesquels entraînent une fatigue importante et ce, malgré l'appareillage mis en

place pour limiter les effets de l'apnée du sommeil. Il a en outre produit un nouveau rapport, établi le 14 novembre 2005 par Madame I _____, neuropsychologue. Cette dernière a conclu à une mémoire immédiate dans la limite des normes, à une mémoire de travail sévèrement déficitaire appréciée sur matériel informatisé, à une mémoire épisodique dans la limite inférieure de la norme et à des mémoires sémantique et autobiographique de bonne qualité. Le raisonnement logique est dans les normes supérieures. Le maintien et l'élaboration d'un programme mental autonome pour la résolution de problèmes sont de très bonne qualité, de même que le rendement et l'attention soutenues. En revanche, l'attention divisée appréciée sur matériel informatique est sévèrement déficiente en raison d'un taux d'erreurs trop élevé dans les traitements des informations et d'un ralentissement des temps d'exécution. La focalisation attentionnelle, le déplacement du foyer attentionnel se font adéquatement et dans les temps. Madame I _____ a conclu à un déficit attentionnel portant sur l'attention divisée, à un sévère déficit de la mémoire de travail et enfin, à des "capacités d'apprentissage et de fixation modérément déficientes dans toutes les modalités. " Cliniquement, elle dit avoir pu constater une certaine fatigabilité, en l'espèce de performances attentionnelles et cognitives dont la qualité décroît après un certain délai durant lequel le patient est resté concentré. Ces troubles pourraient selon elle être interprétés, sur le plan étiologique, dans le cadre du syndrome d'apnées du sommeil. Elle a estimé que la nature et l'intensité de ces troubles pouvait perturber le patient dans l'exercice de sa profession, qui exige une concentration importante et des capacités d'attention intactes. Le recourant a souligné que ces conclusions étaient confirmées par le Service des ressources humaines, lequel a estimé qu'il ne possédait "plus la concentration nécessaire à la pratique de son activité de taxateur et [souffrait] d'une grande fatigabilité". Il conclut à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement, à une nouvelle expertise médicale. L'OCAI, par courrier du 9 janvier 2006, a maintenu sa position. Par arrêt du 31 mai 2006, le Tribunal de céans a admis partiellement le recours et renvoyé la cause à l'OAI afin de procéder à une expertise multidisciplinaire afin d'évaluer le degré d'invalidité de l'assuré. L'expertise interdisciplinaire a été réalisée par le Centre d'expertise médicale (ci-après le CEM), la Dresse V _____, médecin-chef adjoint, la Dresse W _____, spécialiste FMH médecine interne, le Dr A _____, médecin-chef, avec le concours du Dr B _____, FMH psychiatrie psychothérapie, et Monsieur J _____, neuropsychologue. Il ressort du rapport d'expertise du 6 mars 2007 que d'une part le recourant est apte à effectuer son travail de taxateur fiscal à temps complet dès le 31 mars 2003, mais avec une diminution du rendement de 30% et que d'autre part des mesures de réadaptation sont envisageables. Il sied de relever, en particulier, que, dans son rapport d'expertise psychiatrique du 8 décembre 2006, le Dr B _____ précise que « suite au diagnostic du cancer de la prostate et des traitements qui ont suivi, l'assuré a présenté un état dépressif réactionnel. La perte de son emploi, les difficultés financières et les problèmes de sommeil dus à l'apnée du sommeil ont fait perdurer l'état dépressif qui est actuellement d'intensité moyenne. La reprise d'une activité professionnelle peut lui permettre de conserver une bonne estime de soi et éviter que ne se surajoute aux plaintes actuelles un trouble psychique induit par un arrêt de travail prolongé. Le trouble psychique ne peut pas expliquer la fatigue, les problèmes de concentration et de mémoire que présente l'assuré ». Le Dr B _____ précise également que d'un point de vue psychique, il n'y a pas d'incapacité de travail et des mesures de réadaptation sont envisageables et souhaitables. En outre, Monsieur J _____ relève, dans son rapport du 23 novembre 2006, « Le patient pourrait à nouveau travailler comme taxateur fiscal ou dans la comptabilité, mais à condition que lui soit laissé

un temps suffisant pour remplir les tâches avec des chiffres, requérant minutie et attention, et surtout qu'il puisse régulièrement entrecouper lesdites tâches par des activités d'un autre type (classement, courrier, photocopies, etc.) du fait des plaintes du patient concernant sa fatigue dans les tâches de longue durée, qui apparaissent crédibles. En conséquence, dans un tel travail, on admettra un rendement diminué de 30% pour un plein temps. » L'avis de réadaptation professionnelle élaboré le 5 octobre 2007, en fin d'examen, par le service compétent de l'OAI relève d'une part que des mesures professionnelles de type reclassement ne sont pas indiquées car elles ne permettraient pas d'améliorer sa capacité de travail et d'autre part qu'une mesure d'aide au placement est la plus simple et adéquate pour soutenir l'assuré dans ses démarches de réinsertion professionnelle. S'opposant au projet d'acceptation d'un quart de rente du 29 novembre 2007, le recourant a adressé à l'OAI un rapport médical, du 21 décembre 2007, du Dr L_____, médecine générale FMH, qui précise que l'état de santé du recourant est mauvais actuellement notamment pour les raisons d'un syndrome d'apnée du sommeil associé à des jambes sans repos, des acouphènes, des séquelles d'un adénocarcinome de la prostate, de difficultés importantes à se concentrer. Le Dr L_____ précise encore à cette occasion qu'une reprise de son activité professionnelle antérieure est naturellement impossible et une reconversion professionnelle à son âge de 60 ans aléatoire. Par décision du 9 avril 2008 de l'OAI a octroyé à Monsieur G_____ un quart de rente à un taux de 42%, basé essentiellement sur une comparaison des revenus sans et avec invalidité. Par acte du 13 mai 2008, Monsieur G_____ a déposé un recours à l'encontre de la décision de l'OAI du 9 avril 2008. Le recourant conclut principalement à l'annulation de la décision du 9 avril et à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité. Subsidièrement, le recourant conclut à l'octroi d'un trois-quart de rente de l'assurance-invalidité et à une indemnité de procédure. Entendu en audience de comparution personnelle des parties du 23 octobre 2008. A cette occasion, le recourant a déclaré « j'ai eu un cancer de la prostate découvert en 2000 et j'ai subi une radiothérapie en 2001, sans être opéré. J'ai maintenant quelques séquelles. Aucun traitement particulier n'est envisagé pour l'instant et je ne suis pas opérable en raison de la radiothérapie que j'ai subie. Actuellement, je suis en bonne santé sur ce plan-là. Par ailleurs, mon médecin traitant, le Dr L_____ a découvert un problème d'apnée du sommeil et, suite à des tests de polysomnographie, je dispose d'un appareil à oxygène que j'utilise toutes les nuits. Je ne souffre pas de dépression mais je prends toutefois du Seropram, un antidépresseur qui m'a été prescrit préventivement par le Dr L_____. Au niveau professionnel, j'ai été engagé par l'Administration fiscale cantonale, tout d'abord sur la base d'une occupation temporaire puis pour une durée indéterminée. Après une activité à 100% durant quatre ou cinq ans, j'ai ensuite réduit mon activité à 50% en raison de mon cancer. Par la suite, en raison de problèmes de concentration et de dyslexie, l'Administration fiscale cantonale m'a gardé encore deux ans et, sur la base d'un arrêté du Conseil d'Etat m'a « poussé vers la sortie ». Je bénéficie d'une rente d'invalidité à 100% versé par la CIA. L'avis de réadaptation professionnelle, établi par Madame K_____, a été réalisé sans que je sois reçu par cette personne. J'ai manifesté mon intérêt pour cette aide au placement lors d'un entretien téléphonique mais je n'ai pas formulé ma demande par écrit. J'insiste sur ma motivation à reprendre une activité, éventuellement partielle, et je suis tout à fait disposé à agir dans ce sens. » Lors de cette même audience, l'OAI s'est opposé à la mesure d'aide au placement en cours de procédure puisque la capacité de travail était contestée, l'assuré demandant une rente entière. Par arrêt incident du 27 novembre 2008, le Tribunal de céans a ordonné la mise en œuvre d'une mesure d'aide au placement et

a suspendu la procédure dans l'attente du sort de cette mesure. Dans son rapport d'observation du formateur du 4 septembre 2009, le conseiller AI, Monsieur GA_____ relève notamment que « Dans la conjoncture actuelle, c'est une « niche » qu'il faudra trouver dans le marché du travail. Elle ne fera sans doute pas l'objet d'une annonce. Il faudra se mobiliser pour la découvrir et c'est là que M. G_____ devra démontrer sa capacité à se mobiliser. Deux facteurs sont déterminants : celui de sa propre motivation et celui lié aux contraintes d'horaire, de rendement et d'âge de M. G_____ . »

Interpellé par le Tribunal afin de connaître le résultat des mesures de placement, l'OAI relève, par courrier du 16 novembre 2009, qu'il ressort clairement des éléments au dossier que l'assuré est convaincu de ne pas pouvoir exercer une activité professionnelle à 100%. Or, l'OAI rappelle que l'exigibilité a été fixée sur la base d'une expertise interdisciplinaire. Cet Office précise encore « Une mesure d'aide au placement ne vise pas comme tel à améliorer la capacité de gain de l'assuré, au contraire des autres mesures de réadaptation, mais simplement à lui apporter une aide à ses démarches en vue de trouver un emploi adapté à son état de santé ; il s'agit d'une mesure concrète réalisée sur le marché effectif du travail. L'issue de la mesure d'aide au placement est par conséquent indépendante de la question du droit à la rente. » L'OAI maintient ses conclusions et propose le rejet du recours interjeté contre la décision du 9 avril 2008. Pour sa part, le recourant relève que le cours « Définir une orientation professionnelle » a été suivi de manière constante dans la mesure où son état de santé le lui permettait. L'absence de trois matinées était due à son apnée du sommeil. En outre contrairement aux allégations de l'OAI, le recourant n'a pas seulement le sentiment qu'il ne pourrait pas travailler à 100%, mais il ne peut effectivement pas être présent à 100% dans une activité, dès lors qu'il n'est pas apte à suivre une activité légère à 40%. Le recourant qui précise encore qu'il a effectué différentes démarches afin de trouver un emploi mais sans succès, maintient les conclusions de son recours. Interpellé à nouveau, l'OAI relève notamment que l'absence d'une occupation lucrative pour des raisons étrangères à l'invalidité ne peut donner droit à une rente. Si un assuré ne trouve pas un travail approprié en raison de son âge, d'une formation insuffisante ou des difficultés linguistiques à se faire comprendre (ou à comprendre les autres), l'assurance-invalidité n'a pas à en répondre, l'« incapacité de travail » qui en résulte n'est pas due à l'invalidité. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Déposé dans les formes et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de déclarer le recours recevable. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 9 avril 2008, de même que les faits à la base de la

présente cause, sont postérieurs 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). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), sans tenir compte des modifications intervenues dans le cadre de la 5^{ème} révision de la LAI entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité. 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). 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 (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). b) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4^{ème} édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner

une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, 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, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). 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 et l'arrêt cité). En l'espèce, se trouvent au dossier le rapport d'expertise interdisciplinaire du CEM du 5 mars 2007, demandé par l'OAI conformément au dispositif de l'arrêt du 31 mai 2006 du Tribunal de céans ainsi qu'un rapport médical du Dr L_____ du 21 décembre 2007. Figurent également au dossier un avis de réadaptation professionnelle, fin d'examen, élaboré, en date du 5 octobre 2007 par l'Office cantonal A.I., Réadaptation professionnelle qui préconisait une mesure d'aide au placement, ordonné par le Tribunal par arrêt incident du 27 novembre 2008 ainsi qu'un rapport d'observation du formateur de l'OAI, Monsieur GA_____ qui fait état notamment de la nécessité du recourant à démontrer sa capacité à se mobiliser. Il sied de relever que l'expertise interdisciplinaire du CEM qui s'est entouré d'un médecin psychiatre et d'un neuropsychologue, mentionne notamment que l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à raison de 8 heures par jour avec une diminution de rendement de 30%. 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). En l'occurrence, l'expertise du CEM, reposant en particulier sur différents rapports de spécialistes, se fonde sur des examens complets, elle prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, elle a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions des experts sont dûment motivées. Partant, l'expertise, effectuée par le CEM, répond à tous les réquisits pour lui attribuer pleine valeur probante. En revanche, 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). Il sied de relever à ce sujet que le Dr L_____ médecin généraliste et médecin traitant du recourant, estimait en particulier qu'une reprise de son activité professionnelle antérieure était naturellement

impossible et une reconversion professionnelle à son âge était aléatoire. Toutefois, le Tribunal relèvera que le Dr L_____ s'exprimait en terme d'estimation, confirmée d'ailleurs par son observation finale : « Il me semble donc que la demande à l'AI est parfaitement justifiée. » Au vu de ces remarques, le Tribunal retiendra les conclusions de l'expertise élaborée par le CEM dans le sens d'une activité exigible à raison de 8 heures par jour avec une diminution de rendement de 30%. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il 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; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'occurrence, il y a lieu relever que selon les informations de l'OAI, le revenu sans invalidité a été déterminé sur la base des renseignements fournis par l'ancien employeur du recourant, l'Office du personnel de l'Etat, Service des paies. En outre, le revenu avec invalidité prend en considération l'âge et les limitations fonctionnelles du recourant. Les critiques du recourant à ce sujet sont donc infondées. Enfin, au sujet de la mesure d'aide au placement, comme l'a rappelé le Tribunal fédéral, dans un arrêt du 27 janvier 2009 (9C_393/2008) « une mesure d'aide au placement ne vise pas comme tel à améliorer la capacité de gain de l'assuré, au contraire des autres mesures de réadaptation, mais simplement à lui apporter une aide à ses démarches en vue de trouver un emploi adapté à son état de santé ; il s'agit d'une mesure concrète réalisée sur le marché effectif du travail. L'issue de la mesure d'aide au placement est par conséquent indépendante de la question du droit à la rente (I 503/01 du 7 mars 2003 consid. 3.2.) » Appelé à se prononcer sur un cas concret, le Tribunal fédéral a précisé, dans ce même arrêt « Âgé de 60 ans et deux mois au moment de la décision litigieuse, il n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de travail supposé équilibré. » En l'espèce, étant né le 8 juillet 1947, le recourant était âgé de 60 ans et huit mois au moment de la décision litigieuse et devait être en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail. Cette mise en valeur étant exigible, le recours est également mal fondé sur ce point et sera rejeté dans son ensemble. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52,58 et 61 let. A LPGa). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre

200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera perçu un émolument, fixé à 200 fr. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. 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); 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 Irène PONCET Le Président suppléant Georges ZUFFEREY 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.