

# GE\_GERICHTE A/1926/2011 vom 25. Oktober 2011

GE Cour de justice, 2011-10-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1926\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1926_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/1926/2011 du 25 octobre 2011

IT: GE\_GERICHTE A/1926/2011 del 25 ottobre 2011

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur E\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître STICHER Thierry recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur E\_\_\_\_\_, (ci-après : l'assuré), né en 1952, d'origine portugaise, a vécu en Suisse de 1976 à 1984 puis dès octobre 1986. Il a travaillé comme garçon de restauration et, en dernier lieu, comme chauffeur auxiliaire de limousines ou de minibus. Il a déposé le 26 novembre 2009 une demande auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) en vue d'obtenir la prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession ou l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif qu'il souffrait d'apnées du sommeil. Dans un rapport du 9 décembre 2009, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a confirmé que l'assuré souffrait d'apnées obstructives du sommeil depuis 2005 et de PLM. Le médecin a également retenu les diagnostics de maladie coronarienne et d'hypercholestérolémie depuis 2006, indiquant toutefois qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail. Il a estimé l'incapacité de travail de l'assuré à 100% depuis le 10 février 2009, considérant qu'il lui était médicalement formellement contre-indiqué de conduire vu les risques de somnolence au volant. Il a ajouté qu'un travail physiquement lourd était également à écarter. Son employeur, X\_\_\_\_\_, Sàrl, a indiqué le 21 décembre 2009 que l'assuré était en arrêt de travail depuis le 9 février 2009, et qu'il avait résilié le contrat de travail au 31 mars 2010 en raison de restrictions économiques. Par courrier du 30 novembre 2009 adressé au Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste neurologue somnologue, a précisé avoir revu l'assuré dans le cadre du Centre d'analyse et d'investigation du sommeil. Le médecin décrit le tableau comme étant plutôt celui d'une insomnie, soit primaire, soit liée à un trouble affectif. Il relève que le patient se plaint essentiellement d'un sommeil difficile à obtenir, entrecoupé d'éveils courts, non récupérateurs, et pour lui c'est ce manque de sommeil nocturne qui est responsable de sa fatigue et de sa somnolence. Il semble aussi avoir une mauvaise perception du sommeil et peut-être est-il en train de développer un phénomène d'augmentation sous traitement dopaminergique (apparition de paresthésies dans les jambes), raison pour laquelle le médecin a proposé d'arrêter le Modasomil et l'Adartrel. Selon le Dr HABA-N\_\_\_\_\_, il est certain que le contexte psychologique joue un rôle très important et il faudrait probablement une prise en charge spécialisée. Dans un rapport adressé à l'OAI le 23 décembre 2009, le Dr M\_\_\_\_\_, a déclaré que l'assuré lui avait été adressé par son médecin-traitant le Dr L\_\_\_\_\_, pour suspicion d'un syndrome d'apnée du sommeil en mai 2005. L'anamnèse révélait alors un ronflement très bruyant depuis quelques années sans apnée constatée par le conjoint, des réveils fréquents, un sommeil non réparateur, une absence du reflexe syndrome, pas de céphalées matinales, une somnolence diurne en particulier en postprandiale parfois au travail avec quelques difficultés mnésiques, pas de

trouble de la concentration, une instabilité augmentée, pas d'humeur dépressive. Les examens pratiqués ont confirmé un syndrome d'apnée obstructive du sommeil. Un traitement par CPAP a été entrepris. Le patient a été adressé au Dr O \_\_\_\_\_, neurologue, pour réévaluation de la somnolence persistante malgré un syndrome d'apnée du sommeil bien traité par CPAP en juin 2007. Un traitement d'Ardatrel a été alors introduit. Le patient a été réévalué en juillet 2007. Il a été constaté une amélioration partielle de la symptomatologie et l'adaptation thérapeutique s'est poursuivie. Le Dr M \_\_\_\_\_ a encore précisé qu'il n'avait plus revu le patient jusqu'en mars 2009, date à laquelle celui-ci lui a été réadressé pour exacerbation de la fatigue en fin de journée ceci dans le contexte d'une interruption spontanée du traitement d'Ardatrel et une compliance au traitement faible. Le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste ORL, a pratiqué une cautérisation sous-muqueuse des cornets inférieurs dans le cadre d'une rhinite chronique positionnelle avec hypertrophie du cornet inférieur en mai 2009. Ce traitement sera couronné de succès en termes de perméabilité nasale. Le patient a réutilisé régulièrement son CPAP, a poursuivi le traitement d'Ardatrel et s'est senti moins fatigué la journée avec toutefois des récurrences de la somnolence en fin d'après-midi au cours de l'été et de l'automne 2009. Le Dr N \_\_\_\_\_ a confirmé l'adéquation du traitement des apnées, l'efficacité du traitement des mouvements périodiques des membres inférieurs et a constaté en plus une insomnie soit primaire, soit secondaire, à l'origine de la somnolence résiduelle. Selon le Dr M \_\_\_\_\_ enfin, le pronostic est actuellement difficile à évaluer puisque de nouvelles tentatives thérapeutiques sont en cours. Il note toutefois la complexité de la situation et estime que le patient n'est pas capable en l'état de reprendre son métier de chauffeur professionnel. Un rapport d'évaluation s'agissant des mesures d'ordre professionnel a été établi le 3 mars 2010. Il a été constaté que l'état de santé n'était pas stabilisé. Le dossier a été agendé à mi-avril. Il a été envisagé à cette date de mettre en place ultérieurement une mesure d'orientation professionnelle de type EPI. Interrogé sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré et sur la question de savoir si une autre activité serait possible et à quel taux, le Dr M \_\_\_\_\_ a confirmé, le 26 octobre 2010, que l'état de santé était resté stationnaire et qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics. Il a indiqué que le syndrome d'apnée du sommeil traité par CPAP de manière efficace ainsi que les mouvements périodiques des membres inférieurs n'avaient probablement plus d'effet sur la capacité de travail. L'insomnie d'endormissement et de maintien restait en revanche un problème. Il souligne qu'il serait inadéquat de proposer une activité professionnelle qui pourrait représenter un danger pour le patient ou pour l'entourage. Le métier de chauffeur est donc exclu ; un travail sans risque pour lui et pour l'environnement pourrait en revanche éventuellement convenir mais devrait être limité au matin. Le 14 octobre 2010, l'OAI a confirmé à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en l'état. Le 5 novembre 2010, le Dr N \_\_\_\_\_, a indiqué qu'il ne suivait plus le patient depuis novembre 2009. Le Dr O \_\_\_\_\_ a précisé, le 30 novembre 2010, que l'assuré continuait de se réveiller vers 2h00 et considéré que ces éveils trop précoces étaient apparemment liés à un état dépressif sous-jacent. Dans un avis du 7 décembre 2010, la Dresse Q \_\_\_\_\_, médecin du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'AI (SMR), a constaté que l'aptitude au travail est susceptible de s'améliorer, que la capacité est probablement de 50 % depuis décembre 2009 dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant : pas de conduite automobile, pas d'utilisation de machines à moteur, pas d'exposition au froid ou au stress et activité se déroulant plutôt le matin. L'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. Il s'est fondé sur le chiffre communiqué par le dernier employeur, soit sur un salaire annuel brut de 49'072

fr., à titre de revenu sans invalidité et sur le salaire résultant du tableau TA1, tous secteurs confondus, sur la structure des salaires pour un homme exerçant une activité simple et répétitive, compte tenu d'une capacité de travail de 50 % et d'une réduction supplémentaire de 15 % accordée compte tenu de l'âge, soit sur un salaire annuel brut avec invalidité de 26'027 fr. L'OAI a ainsi obtenu un degré d'invalidité de 47 %. Par décision du 25 mai 2011, l'assuré s'est vu reconnaître le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2010. L'assuré, représenté par Me Thierry STICHER, a interjeté recours le 22 juin 2011 contre ladite décision. Il considère que sa capacité de travail n'a pas été correctement évaluée. Il n'a en effet pas été tenu compte de l'état dépressif attesté par le Dr O \_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 novembre 2010. Aucune instruction n'a été menée à cet égard. Il en a été de même s'agissant des douleurs dont il souffre aux membres inférieurs, plus particulièrement aux mollets, douleurs qu'il estime liées aux mouvements périodiques qu'il subit durant son sommeil. Il reproche à l'OAI de ne pas avoir déterminé l'activité adaptée qu'il pourrait exercer à 50 %. Il conteste enfin le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI. Il conclut dès lors, préalablement, à l'audition des Dr L \_\_\_\_\_, O \_\_\_\_\_ et M \_\_\_\_\_ et à ce qu'une expertise médicale pluridisciplinaire, ainsi qu'une mesure d'observation et d'orientation professionnelle soient ordonnées, principalement, au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction médicale et mise en place d'une mesure d'observation et d'orientation professionnelle et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Dans sa réponse du 22 juillet 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il rappelle que selon le SMR, l'assuré est capable de travailler à 50% dans une activité adaptée, qu'il existe sur le marché du travail un éventail important d'activités légères qui pourraient convenir à son état de santé. S'agissant du calcul de son degré d'invalidité, il explique les chiffres retenus et souligne qu'un pouvoir d'appréciation lui est reconnu par la jurisprudence pour évaluer l'abattement supplémentaire à prendre en considération. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause 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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession, ou à l'octroi d'une rente. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA). En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, 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). 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. 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 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). 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). 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). Enfin, le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Le Tribunal fédéral a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur

nouveau statut du 1er juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193). De même, il a statué qu'en matière d'assurance-accidents, l'administration et le juge des assurances sociales pouvaient, sous certaines réserves, se prononcer sur la base d'expertises réalisées par des médecins liés à l'institution d'assurance (ATF 122 V 157). La Cour européenne des droits de l'homme a d'ailleurs rejeté le recours déposé par l'assuré contre le jugement précité (arrêt Bicer contre la Suisse du 22 juin 1999 in JAAC 2000 138 1341). Selon la jurisprudence de la Cour, le fait que les experts mandatés par le tribunal soient subordonnés à l'une des parties n'est en principe pas incompatible avec l'art. 6 par. 1er de la Convention européenne des droits de l'homme qui garantit le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917). Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1). En outre, l'octroi d'un reclassement présuppose l'aptitude de la personne invalide à la réadaptation (RCC 1992 386, p. 389). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). Selon la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel (CMRP), sont considérés comme reclassement (chiffre n° 4021) : l'accomplissement d'un apprentissage ou d'une formation élémentaire selon la loi sur la formation professionnelle ; la fréquentation d'une école secondaire supérieure, d'une école professionnelle ou d'une université ; la fréquentation de cours spécialisés ou de perfectionnement ; les préparatifs en vue d'une mesure professionnelle proprement dite, pour autant qu'il s'agisse de dispositions ciblées entrant dans le cadre d'un plan de réadaptation concret ; la rééducation dans le métier exercé avant la survenance de l'invalidité (art. 17, 2e al., LAI) ; la réadaptation dans un autre domaine d'activité ; le recyclage dans les travaux habituels accomplis avant la survenance de l'invalidité (par ex. les travaux ménagers) ; la préparation à un travail auxiliaire sur le marché libre ou à une autre activité dans un atelier protégé. Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8

al. 1 première phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assuré ne puisse plus exercer la profession de chauffeur. Le Dr M\_\_\_\_\_ a estimé, le 26 octobre 2010, que l'assuré pourrait exercer une activité lucrative adaptée ne représentant ni un danger pour lui-même, ni pour son entourage, limitée au matin. C'est ainsi que l'OAI a retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, soit sans conduite automobile, sans utilisation de machines à moteur, sans exposition au froid ou au stress et se déroulant plutôt le matin. L'assuré reproche à l'OAI de n'avoir pas correctement évalué sa capacité de travail résiduelle, de n'avoir pas déterminé quel type d'activité adaptée il pourrait exercer et d'avoir mal calculé son degré d'invalidité. La Cour de céans relève à cet égard que selon le Dr M\_\_\_\_\_, l'insomnie d'endormissement et de maintien restait un problème, même si le symptôme d'apnée du sommeil avait été traité de manière efficace et que les mouvements périodiques des membres inférieurs n'avaient probablement plus d'effet sur la capacité de travail. A cet égard, le Dr O\_\_\_\_\_ a précisé que l'assuré continuait de se réveiller vers 02h00. Tant le Dr N\_\_\_\_\_ que le Dr O\_\_\_\_\_ ont fait état d'un état dépressif, voire d'un contexte psychologique jouant un rôle très important et qui nécessiterait une prise en charge spécialisée. Or, aucune instruction n'a été menée sur cet aspect de l'état de santé de l'assuré. L'assuré se plaint par ailleurs de douleurs aux membres inférieurs, plus particulièrement aux mollets, au sujet desquelles il n'y a pas eu non plus d'investigation. La Cour de céans rappelle par ailleurs qu'il avait été envisagé, dans le cadre de l'examen des mesures d'ordre professionnel, de mettre en place une mesure d'orientation professionnelle de type EPI, en mars 2010. Il y avait été renoncé en l'état, l'état de santé n'étant pas stabilisé. Il en a encore été question en octobre 2010, l'OAI concluant cependant à ce qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en l'état. Il convient à ce stade de rappeler que l'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438). L'administration est ainsi tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid.4; LOCHER loc. cit.). De son côté, le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136); en matière d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002). En l'état actuel du dossier, il apparaît ainsi que des investigations médicales complémentaires sont nécessaires pour déterminer la capacité de travail de l'assuré, qu'au surplus aucune instruction portant sur des mesures d'ordre professionnel (observations et orientation) n'a été faite. Or, le taux d'invalidité d'ores et déjà reconnu à l'assuré par l'OAI, à savoir 47 %, ne fait pas obstacle à l'octroi de mesures professionnelles puisqu'il est supérieur au taux minimal jurisprudentiel rappelé plus haut. La cause n'étant pas suffisamment instruite pour permettre à la Cour de céans de se prononcer, il convient de la renvoyer à l'intimé pour

instruction complémentaire puis nouvelle décision, étant rappelé qu'un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis en ce sens que la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction médicale complémentaire, mise en place de mesures d'observation et d'orientation, suivies d'un examen de mesures de réadaptation le cas échéant, et nouvelle décision. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule la décision du 25 mai 2011. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction médicale complémentaire, mise en place de mesures d'observation et d'orientation, suivies d'un examen de mesures de réadaptation le cas échéant, et nouvelle décision. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI 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.