

GE_GERICHTE A/2177/2011 vom 16. August 2012

GE Cour de justice, 2012-08-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2177_2011

FR: GE_GERICHTE A/2177/2011 du 16 août 2012

IT: GE_GERICHTE A/2177/2011 del 16 agosto 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.08.2012
A/2177/2011

A/2177/2011 ATAS/964/2012 du 16.08.2012 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 26.09.2012, rendu le 11.04.2013, REJETE, 9C_783/2012 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2177/2011 ATAS/964/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 16 août 2012 3ème Chambre En la cause Monsieur M_____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT 1. Monsieur M_____ (ci-après : l'assuré), né en 1953, de nationalité espagnole, maçon de profession, a déposé en date du 13 février 2004 une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche survenue accidentellement le 8 mai 2003. 2. Par décisions du 10 avril 2006 - confirmées sur opposition le 31 janvier 2007 -, l'OAI l'a rejetée à l'issue d'une instruction au cours de laquelle ont notamment été recueillis les éléments suivants : - un rapport établi le 17 mars 2004 par le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne, confirmant le diagnostic de rupture traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et concluant à une totale incapacité de travail dans l'activité de maçon mais à la possibilité pour l'assuré d'exercer une autre activité tenant compte du handicap important de son épaule gauche ; - un courrier daté du 24 juin 2004, émanant du Dr B_____, chef de clinique adjoint du département de chirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), faisant état d'une légère amélioration de la symptomatologie douloureuse tout en soulignant qu'il restait une impotence fonctionnelle ; le médecin émettait l'opinion que la reprise d'un métier lourd dans le bâtiment était peu vraisemblable, un dommage permanent étant prévisible ; - un avis émis le 20 juillet 2004 par Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) ; le médecin estimait que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de son épaule gauche (c'est-à-dire permettant d'éviter le travail au-dessus de l'horizontale, le port de charges supérieures à 10kg et les mouvements répétitifs en force ou au-dessus de l'épaule), l'assuré avait conservé une capacité de travail entière ; - la décision rendue par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt [SUVA]) en date du 30 août 2005, fixant le degré d'invalidité de l'assuré à 30% et retenant que, sur le plan médical, l'intéressé était à même d'exercer à plein temps une activité légère dans le secteur de l'industrie, à condition d'éviter les mouvements répétitifs du membre supérieur gauche au niveau de l'épaule et les mouvements d'élévation ou d'abduction

supérieurs à 90° ; !endif]>![if> - le rapport rendu en date du 16 mars 2006 par le Centre d'intégration professionnelle (CIP) à l'issue d'une mesure d'orientation professionnelle, concluant que, dans une activité adaptée - c'est-à-dire manuelle, légère et excluant les travaux fins (par exemple comme employé en conditionnement, ouvrier à l'établi, ouvrier sériel ou employé d'entretien) -, l'assuré pourrait atteindre des rendements proches de la normale à plein temps ; !endif]>![if> - un rapport du 29 mars 2006 de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI concluant à un degré d'invalidité de 29% après comparaison du revenu que l'assuré aurait pu réaliser sans atteinte à la santé en 2004, soit 68'473 fr., à celui qu'il aurait pu théoriquement obtenir en exerçant une activité simple et répétitive la même année, après réduction supplémentaire de 15%, soit 48'670 fr. (4'588 fr./mois pour 40 h./sem. = 4'772 fr./mois pour 41,6 h./sem. = 57'258 fr./an) ; !endif]>![if> - un avis du 7 juin 2006 du Dr D _____, médecin auprès du SMR, estimant qu'on pouvait admettre une baisse de rendement de 20% à 25% pour tenir compte du fait que les gestes de l'assuré seraient moins rapides et qu'il pourrait avoir besoin de pauses prolongées ;!endif]>![if> - une nouvelle évaluation de la division de réadaptation professionnelle comparant le revenu que l'assuré aurait pu réaliser sans atteinte à la santé en 2004, soit 68'473 fr., à celui qu'il aurait pu obtenir dans une activité simple et répétitive la même année en tenant compte d'une diminution de rendement de 25%, soit 42'944 fr. et aboutissant ainsi à un degré d'invalidité de 37,3%. !endif]>![if> 3. La position de l'OAI a été confirmée par le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS). Dans un arrêt ATAS/1296/2007 du 22 novembre 2007, le TCAS a souligné que le fait que l'assuré ne puisse plus envisager de travaux lourds et qu'il serait probablement ralenti avait été pris en compte par le biais de la diminution du taux d'occupation de 25% et a rappelé par ailleurs que les prestations de l'assurance-invalidité ne sauraient servir à combler les éventuelles lacunes scolaires ou linguistiques d'un assuré, lesquelles n'avaient en l'occurrence pas empêché l'assuré d'exercer une activité professionnelle en Suisse durant plus de quinze ans. !endif]>![if> 4. Saisi en juin 2008 d'une nouvelle demande de prestations, l'OAI, par décision du 23 octobre 2008, a refusé d'entrer en matière. L'instruction avait permis de recueillir principalement les éléments suivants : !endif]>![if> - le rapport d'évaluation de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle du service de neurorééducation des HUG du 28 mars 2008, rédigé à l'issue d'un stage s'étant déroulé à raison de trois heures par jour du 11 février au 7 mars 2008 ; l'assuré avait été affecté au démontage d'appareils électriques et électroniques ; il était relevé qu'il s'était investi au maximum de sa capacité physique, qu'il n'avait ni compris ni maîtrisé les activités fines en raison de problèmes linguistiques et d'une absence de formation et que tous les mouvements sollicitant le membre supérieur gauche engendraient des douleurs qui l'obligeaient à suspendre fréquemment son activité ; les observateurs avaient conclu qu'il serait illusoire d'envisager un taux d'occupation de plus de 50% et que, même dans une activité simple et répétitive, la diminution de rendement sur une demi-journée serait bien plus importante que ne l'avait considéré l'OAI ; le manque de force et de précision de l'assuré n'était pas compatible avec les exigences du marché de l'emploi. !endif]>![if> - plusieurs courriers du Dr A _____ dont il ressortait qu'une impotence fonctionnelle et des douleurs chroniques persistaient au niveau de l'épaule gauche, que l'assuré avait par ailleurs souffert de trois syncopes sans convulsions entre 1989 et 1995, qu'en 1995, le diagnostic de crises comitiales - vraisemblablement dans un contexte de sevrage éthylique - avait été retenu, que de nouvelles crises étaient survenues en août 2004, en juillet 2005, en novembre 2006 et en août 2008 et que ces crises avaient finalement été mises sur le compte

d'une consommation alcoolique exagérée ou, au contraire, d'un sevrage ;

- un avis émis par un médecin du SMR, concluant que l'assuré devait certes éviter de travailler en hauteur ou dans des lieux dangereux, mais que les crises, très occasionnelles, ne représentaient pas une cause d'incapacité de travail durable de sorte qu'il fallait considérer qu'aucune modification notable de l'état de santé de l'assuré n'était survenue depuis la décision rendue en avril 2006.

5. Par arrêt du 10 décembre 2009 (ATAS/1638/2009), le TCAS a partiellement admis le recours interjeté par l'assuré contre cette décision. Le TCAS a relevé que les observateurs de l'atelier de réadaptation des HUG n'ayant mentionné aucune aggravation de l'état de santé de l'assuré, leur évaluation ne constituait rien d'autre qu'une appréciation différente de la capacité de travail de l'assuré. Quant aux problèmes épileptiques invoqués par l'assuré, force était de constater qu'ils étaient présents depuis plusieurs années et ne l'avaient pas empêché de travailler par le passé. En revanche, le Tribunal a estimé ne pas disposer de suffisamment d'éléments pour pouvoir se prononcer sur l'existence d'une aggravation de l'état psychique de l'assuré. Or, un résumé de séjour établi le 7 avril 2009 par le Service d'addictologie du Département de psychiatrie des HUG retenait les diagnostics d'épisode dépressif moyen et d'épilepsie en rémission et, à titre principal, celui de troubles mentaux et comportementaux liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue. Un rapport de la Dresse E _____ établi le 15 juin 2009 confirmait ces diagnostics et concluait à une capacité de travail réduite à environ 50%-60%. Enfin, le médecin traitant avait précisé que si la limitation de la capacité de travail était principalement d'ordre physique, elle était également d'ordre psychique depuis 2007, malgré une certaine amélioration. Eu égard à ces éléments, le Tribunal a jugé utile de renvoyer le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire sur ce point.

6. L'OAI a alors confié au Dr F _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le soin d'expertiser l'assuré.

Dans son rapport du 8 décembre 2010, le Dr F _____ a conclu à des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent (F10.20), à un trouble anxieux et dépressif mixte léger (F41.2) et à d'autres troubles spécifiques de la personnalité (F60.8). Il a jugé qu'aucune de ces atteintes n'avait de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Ce dernier avait indiqué n'avoir consulté des spécialistes (psychiatre ou psychologue) que quatre fois, être suivi par son médecin traitant et ne prendre qu'un médicament pour l'aider à dormir. L'expert a notamment relevé que, suite à l'accident survenu en 2003 et à l'incapacité de travail qui s'en était suivie, l'assuré avait développé des sentiments de dévalorisation et de découragement, qu'il avait essayé de compenser avec une augmentation de sa consommation d'alcool. Selon lui, l'épisode dépressif relevé par les HUG était vraisemblablement lié au sevrage ; il n'y avait pas eu de péjoration après l'hospitalisation. A l'examen, l'assuré montrait des signes anxieux et une tristesse fluctuante, correspondant à un trouble mixte anxio-dépressif léger et secondaire à sa situation : il avait de la peine à gérer la passivité forcée provoquée par son inactivité professionnelle. La dépendance à l'alcool paraissait primaire et n'avait pas eu pour conséquence une détérioration psychique incompatible avec une activité professionnelle. L'expert n'avait pas non plus observé de signes ou symptômes parlant en faveur d'une maladie psychique ou d'un trouble de la personnalité aigu ou chronique justifiant une incapacité de travail. Il a donc conclu, du point de vue strictement psychiatrique, à une pleine capacité de travail, malgré une personnalité fruste, en relevant que l'assuré disposait de ressources psychologiques permettant d'estimer que le pronostic n'était pas mauvais.

7. Le 9 février 2011, la Dresse G _____,

médecin auprès du SMR, a émis l'avis qu'il y avait eu aggravation transitoire de l'état de santé de l'assuré, que cette aggravation avait eu pour conséquence une incapacité de travail limitée à la période de novembre 2008 à fin mars 2009 et que par la suite, l'état de l'assuré s'était amélioré, ainsi que le démontrait l'arrêt du traitement.![endif]>![if> 8. Le 9 mai 2011, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.![endif]>![if> 9. L'assuré s'y est opposé en soutenant que son état de santé s'était péjoré et qu'il n'était désormais capable de travailler qu'à hauteur de 50% ou 60%, même dans une activité adaptée. Vu le taux d'invalidité de 37% admis par l'OAI, il demandait à tout le moins des mesures de réadaptation.![endif]>![if> 10. Par décision du 14 juin 2011, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.![endif]>![if> 11. Le 15 juillet 2011, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant préalablement à l'audition du Dr H_____, psychiatre FMH et, quant au fond, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 60% à compter du 1^{er} juin 2007, subsidiairement à celui de mesures de réadaptation professionnelle.![endif]>![if> Le recourant allègue notamment que le Dr H_____ le reçoit deux fois par mois, qu'il prend un traitement antidépresseur et anxiolytique et qu'il est en outre suivi de manière hebdomadaire par une psychologue. Le recourant admet une sensible amélioration de sa thymie, qu'il attribue au traitement mis en place par la Dresse E_____, traitement poursuivi par le Dr A_____ et dont il conteste qu'il ait pris fin. Enfin, le recourant conteste toute valeur probante au rapport du Dr F_____, auquel il reproche de nombreuses contradictions. 12. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 26 août 2011, a conclu au rejet du recours.![endif]>![if> Il soutient notamment que le recourant n'a pas montré le moindre intérêt pour les mesures de réadaptation qui lui ont été proposées par le passé, ainsi que cela ressort de l'arrêt du TCAS du 22 novembre 2007. Pour le surplus, l'intimé considère que l'expertise du Dr F_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante. 13. Le 30 septembre 2011, le recourant a notamment produit :![endif]>![if> - une attestation rédigée le 21 juillet 2011 par Madame N_____, psychologue FSP, confirmant que l'assuré bénéficie d'un suivi hebdomadaire régulier depuis le 9 juin 2011 en raison d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et que le traitement consiste en séances de psychothérapie individuelles combinées à la prise d'antidépresseurs ;![endif]>![if> - une seconde attestation de Madame N_____, datée du 27 septembre 2011, concluant à l'absence d'évolution positive, malgré la poursuite du suivi ; elle précise que la thymie reste basse et a pour conséquence une tendance à l'isolement social ;![endif]>![if> - une attestation du Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dont il ressort que le recourant est au bénéfice d'un suivi psychiatrique hebdomadaire depuis le 2 juin 2011, en raison d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.![endif]>![if> 14. Par écriture du 20 octobre 2011, l'intimé a persisté dans ses conclusions. ![endif]>![if> Il relève que le diagnostic émis par le Dr I_____ n'est aucunement étayé et soutient qu'il doit être considéré comme une nouvelle appréciation d'un même état de fait. 15. Convoqué par la Cour de céans, le Dr H_____ a indiqué qu'il ne voyait pas l'utilité d'être entendu. Il a expliqué n'avoir reçu l'assuré qu'à quelques occasions avant de l'adresser à Madame O_____, psychologue. ![endif]>![if> 16. Entendue par la Cour de céans en date du 1^{er} décembre 2011, cette dernière a expliqué travailler en collaboration avec le Dr I_____.![endif]>![if> Son équipe suivait le recourant depuis quatre mois, elle-même le suivait personnellement depuis un mois. Ses collègues avaient posé le diagnostic de dépression majeure sans symptôme psychotique et avaient constaté une rémission partielle.

Cela étant, l'état dépressif devait toujours être qualifié de sévère, la légère amélioration étant due au traitement auquel se soumettait le recourant. Ce dernier a été décrit comme très collaborant et motivé mais rencontrant des difficultés énormes pour les moindres efforts du quotidien (se réveiller, sortir de la maison, se préparer à manger, etc.). Le témoin a émis l'avis que dans ces conditions, il était difficilement envisageable pour le recourant de réintégrer le marché de l'emploi normal mais qu'à moyen terme, une réadaptation commencée à 30% - 40% pourrait être bénéfique. Le témoin a encore relevé les sérieuses difficultés linguistiques et l'absence de formation de l'assuré. 17. Également entendu, le recourant a admis avoir constaté une légère amélioration de son état, sans pouvoir préciser si elle était antérieure ou non à son traitement. Le recourant a émis des doutes quant à sa capacité à exercer une activité lucrative et a ajouté qu'il ne voyait pas en quoi elle pourrait consister. 18. Par écriture du 19 janvier 2012, l'intimé a persisté dans ses conclusions. 19. Le recourant a fait de même et a encore produit, notamment - un rapport d'analyses médicales du 14 janvier 2012 ; - une attestation de la Dresse J _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du 17 janvier 2012, confirmant que le recourant bénéficie d'un suivi psychiatrique, psychothérapeutique et médical régulier, qu'il souffre d'un état dépressif sévère, actuellement en rémission partielle ; le médecin fait état d'anhédonie, de tristesse, de troubles de la concentration, de fatigue, de perte de poids, d'insomnies, d'angoisses et d'idées noires. 20. Par écriture du 26 mars 2012, l'intimé, après avoir soumis ces documents à son SMR, a conclu que le trouble anxieux et dépressif mixte léger relevé par le Dr F _____ pouvait être assimilé à un épisode dépressif sévère en rémission partielle et que la situation était donc comparable à celle précédemment évaluée, en termes de diagnostic. EN DROIT 1. 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 depuis le 1er 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la

procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente et à des mesures d'ordre professionnel, plus particulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est aggravé au point d'influencer son droit aux prestations. 5. Selon l'art. 8 al. 1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1 er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (ATF non publié 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2 et les références). 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 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). 6. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1 er LAI). La condition de l'invalidité exprimée par l'art. 8 al. 1 LAI doit être interprétée au regard des art. 8 LPGA et 4 LAI et définie, compte tenu du contexte de réadaptation, en fonction de la mesure requise (cf. MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in: MURER/STAUFFER (édit.), Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 212). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt non publié 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever

que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b p110 et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt non publié 9C_464/2009 du 31 mai 2010). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). 8. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). 8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, et éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 9. 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 351 consid. 3). b) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). c) Le juge des assurances sociales 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 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 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 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).

9. En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de l'assuré s'est aggravé depuis qu'a été rendue la décision initiale - en janvier 2007 -, au point de lui ouvrir désormais droit aux prestations de l'assurance invalidité. Dans son arrêt du 10 décembre 2009, le Tribunal a d'ores et déjà constaté qu'aucune aggravation n'avait été démontrée sur le plan physique et l'assuré, dans son recours du 15 juillet 2011, ne le conteste d'ailleurs pas. Seule se pose donc la question de savoir si son état de santé psychique s'est détérioré au point d'admettre l'existence d'une atteinte à la santé invalidante. Il convient d'abord

d'examiner quelle valeur probante il y a lieu d'accorder aux divers rapports médicaux versés au dossier. L'expertise du Dr F_____ du 8 décembre 2010 repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale. Elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical, des plaintes exprimées par l'assurée et de l'anamnèse. Les considérations médicales sont clairement exprimées et les conclusions du rapport dûment motivées et explicites : pour le Dr F_____, le recourant présente certes des atteintes psychiques, mais insuffisantes pour entraîner une incapacité de travail. Le grief du recourant qui reproche à l'expert d'avoir conclu à l'inutilité de mesures de réadaptation professionnelle alors qu'il a toujours fait montre de sa volonté de réintégrer le monde professionnel ne saurait suffire à mettre en doute les conclusions du Dr F_____.

Force est en effet de constater que l'assuré n'a pas mis à profit les stages d'observation professionnelle effectués par le passé pour chercher un emploi et qu'il n'est dès lors pas injustifié de considérer que des mesures de réadaptation seraient inutiles. Quant au fait que l'expert lie l'épisode dépressif au sevrage à l'alcool tout en attribuant l'augmentation de la consommation de l'assuré à ses troubles dépressifs et aux sentiments de dévalorisation et de découragement les accompagnant, il n'est pas non plus déterminant dans la mesure où ces remarques n'ont finalement aucune incidence sur l'appréciation de l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré dont il est admis qu'il est désormais abstinent et depuis de nombreux mois. L'argument du recourant qui allègue que la chronologie des événements démontre que c'est son inactivité qui provoque et entretient une atteinte psychique incapacitante ne suffit pas non plus à faire douter des conclusions de l'expert, dont on relèvera qu'il a au demeurant admis que l'inactivité de l'assuré avait eu pour conséquences un trouble anxieux et dépressif mixte léger et d'autres troubles spécifiques de la personnalité, dont il a cependant estimé qu'ils ne revêtaient pas une gravité suffisante pour justifier une incapacité de travail. Quant aux avis de Madame N_____, du Dr I_____ et de la Dresse J_____, invoqués par le recourant à l'appui de ses griefs à l'encontre des conclusions du Dr F_____, force est de constater qu'ils ne sont pas non plus de nature à faire douter des conclusions de l'expert. En effet, Madame N_____ et le Dr I_____ n'ont commencé à suivre le recourant qu'en juin 2011, soit au moment même où la décision litigieuse a été rendue et ils ne se prononcent pas sur l'état du recourant antérieurement à leur prise en charge. Quant à l'opinion de la Dresse J_____, généraliste, elle ne saurait l'emporter sur celle de l'expert spécialiste. Enfin, on relèvera qu'aucun de ces médecins ne s'est prononcé sur l'appréciation du Dr F_____. En l'absence d'éléments suffisants pour jeter le doute sur les conclusions du Dr F_____, il y a lieu de se conformer à l'avis de l'expert ce d'autant que, lors de l'expertise, l'assuré a admis n'avoir consulté précédemment un spécialiste qu'à quelques occasions, ce qui tend à démontrer que son état n'était à l'évidence pas aussi grave qu'il le soutient dans son recours. Eu égard à ce qui précède, la Cour constate l'absence d'aggravation - tant physique que psychique - entre janvier 2007 et juin 2011. Il en découle que le degré d'invalidité est demeuré inchangé - 37,3% - et insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Sur ce point, le recours est donc rejeté. 10.

Dès lors qu'il a été admis que le recourant est apte à exercer une activité adaptée, il y a lieu de déterminer si et, dans l'affirmative, quelle(s) mesure(s) d'ordre professionnel entre(nt) en ligne de compte.![endif]>![if> a/aa 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 maintenue ou améliorée (al. 1^{er}). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation

destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Par ailleurs, comme mentionné précédemment, seule une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b p110 et les arrêts cités). a/bb) L'art. 15 LAI prévoit que l'assuré dont l'invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. Cette disposition suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt non publié 9C_882/2008 du 29 octobre 2009, consid. 5.1 et les références). L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent (ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29; voir également arrêt I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 203). a/cc) a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la novelle du 6 octobre 2006 [5^{ème} révision de l'AI], en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit: a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi. Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4^e révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 consid. 6; ATFA non publié I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux Arrêt non publiés I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références). A notamment droit au service de placement au sens de l'art. 18 al.1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail, telles que des aides visuelles, ou vis-à-vis de l'employeur (par exemple tolérance de pauses de repos nécessitées par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi (ATF du 19 août 2005, I 510/04, consid. 3.1). Il n'y a en revanche pas d'invalidité au sens de l'art. 18 al. 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003 (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, par exemple pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité (ATF du 13 février 2003, I 595/02, consid. 1.2). Par ailleurs, les problèmes étrangers à l'invalidité, tels que le fait de ne pas savoir parler une des langues nationales, ne sont pas pris en considération lors de l'examen du droit à l'aide au placement (ATF du 15 juillet 2002, I

421/01, consid. 2c). Les arrêts précités ont certes été rendus sous l'empire de l'ancien droit, dans lequel l'art. 18 LAI avait une teneur différente mais ils demeurent valables après l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de l'AI (ATF du 1^{er} mars 2010, 9C_416/2009, consid. 5.2). b) En l'espèce, bien que le degré d'invalidité du recourant soit supérieur à 20%, il n'y a pas lieu de lui octroyer une mesure de reclassement, attendu qu'un marché du travail équilibré lui offre un éventail de postes suffisamment large et diversifié adapté à ses limitations et pour lesquels une mise au courant suffit. D'autant que le recourant a déjà bénéficié d'une aide sous forme d'orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI, ce qui a permis de constater qu'il pouvait exercer une activité adaptée, c'est-à-dire manuelle, légère et excluant les travaux fins, avec un rendement à plein temps proche de la normale. Quant à l'éventualité d'une aide au placement, force est de constater que les éventuelles difficultés du recourant pour trouver un emploi ne résultent pas tant de ses atteintes à la santé - qui se traduisent simplement par de légères limitations au niveau des épaules - que de ses difficultés linguistiques et de son manque de formation, dont l'assurance invalidité n'a pas à répondre, comme cela a déjà été relevé par le TCAS dans son arrêt du 22 novembre 2007 (ATAS/1296/2007). 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.!

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.!

Au fond : 2. Le rejette.!

3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. !

4. 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 Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK 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.