

GE_GERICHTE A/2278/2014 vom 16. Dezember 2014

GE Cour de justice, 2014-12-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2278_2014

FR: GE_GERICHTE A/2278/2014 du 16 décembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/2278/2014 del 16 dicembre 2014

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1980, originaire du Kosovo, est arrivé en Suisse en 2009 et a travaillé en qualité d'employé d'entretien auprès d'une entreprise de nettoyage sise à Genève dès le 12 juillet 2010. 2. En date du 20 octobre 2012, l'assuré a subi un accident de la circulation. D'après la déclaration d'accident, l'assuré travaillait 32 heures par semaine, soit à un taux de 73%. 3. L'assuré a été totalement incapable de travailler entre le 20 octobre et le 4 novembre 2012, puis à nouveau dès le 22 avril 2013. 4. Dans un rapport du 29 avril 2013, la doctoresse B_____, rhumatologue, a posé les diagnostics de traumatisme cranio-cervical de décélération (coup du lapin) et de choc émotionnel. Suite à l'accident du 20 octobre 2012, l'assuré présentait une persistance des cervicalgies chroniques avec des irradiations dans le bras gauche, invalidantes par moments. Pendant les périodes de douleur paroxystique, l'assuré décrivait des douleurs de type décharges électriques qui se déclenchaient dans la région cervicale jusqu'à la main gauche. Plusieurs fois par jour, il se plaignait de vertiges rotatoires avec nausées et difficultés à se tenir debout. Il présentait également des troubles du sommeil, en liaison probable avec le choc émotionnel de l'accident. La persistance des symptômes l'avait conduite à prescrire un arrêt de travail qui devait se prolonger de 30 jours au moins, une réévaluation étant nécessaire. Les traitements entrepris étaient la physiothérapie et la prise d'antalgiques, de myorelaxants et de valium. 5. En date du 2 mai 2013, l'employeur de l'assuré a adressé à l'assureur-accidents une déclaration de sinistre LAA, celui-ci étant en totale incapacité de travail depuis le 22 avril 2013. 6. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après la CRR) du 8 au 10 juillet 2013 et a été examiné par Madame C_____, physiothérapeute, par la doctoresse D_____ du service de psychosomatique et par la doctoresse E_____, médecin praticien FMH au service de réadaptation en neurologie. Dans un rapport du 12 juillet 2013 qui en a découlé, les docteurs F_____, spécialiste FMH en neurologie, et G_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, ont retenu le diagnostic primaire de contusion cervicale le 20 octobre 2012 et les comorbidités suivantes : un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive avec éléments anxieux de type PTSD like, un excès pondéral (indice de masse corporelle à 29,5), un tabagisme à dix unités par jour (UPA) et un status après une fracture du coude droit dans l'enfance. Aucune limitation de l'appareil locomoteur ne pouvait être retenue, même si, dans la gestuelle, le patient se tournait en bloc. L'examen neurologique spécialisé ne relevait aucun indice d'une atteinte

centrale, médullaire, radiculaire ou plus périphérique. Tant les radiographies réalisées à l'Hôpital du Chablais que l'IRM (imagerie par résonance magnétique) du 13 décembre 2012 excluaient toute atteinte traumatique à la colonne cervicale. L'évaluation des capacités fonctionnelles donnait à penser que l'assuré ne pouvait s'employer qu'à des activités exigeant un effort sédentaire ou essentiellement assis. Toutefois, l'assuré sous-estimait ses capacités, étant en particulier capable de manutentionner des charges de 10 à 15 kg, de sorte que les performances réalisées représentaient ce qu'il avait accepté de faire plutôt que ses aptitudes physiques maximales. La volonté de donner le maximum était jugée insuffisante et le niveau de cohérence faible. Les troubles psychiatriques présentés n'atteignaient pas la sévérité d'un trouble dépressif franc. Il existait une diminution de la libido, un retrait social, une irritabilité croissante, une thymie abaissée et des sentiments de tristesse, toutefois, la capacité de motivation, l'élan vital et l'accès au plaisir étaient préservés. L'assuré présentait également des cauchemars, des angoisses liées à la situation du traumatisme et un état d'hypervigilance qui s'approchaient des symptômes rencontrés dans un état de stress post-traumatique, mais ces symptômes étaient d'intensité moins importante et ne présentaient pas de reviviscences répétées ni de flashbacks, ni de détachement par rapport aux situations ou aux proches qui l'entouraient. Cette symptomatologie s'était clairement développée suite à la rechute de sa plainte douloureuse et était consécutive à la persistance de la douleur et à ses préoccupations quant à son avenir professionnel et à son état de santé. Sur la base des conséquences lésionnelles de l'accident, le pronostic était excellent. Cependant, plusieurs facteurs étaient défavorables et tendaient vers une chronicisation. Les médecins préconisaient d'axer le traitement sur des modalités actives, de modifier le traitement médicamenteux et de mettre en place une prise en charge psychiatrique spécialisée. 7. En date du 28 août 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI), indiquant que ses atteintes étaient d'ordre corporel et psychique et qu'il travaillait habituellement en tant que technicien de surface à 80%, mais qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 22 avril 2013. 8. Par rapport du 18 septembre 2013, la Dresse B_____ a retenu un traumatisme crânio-cervical indirect. La capacité de travail était nulle dans l'activité de nettoyeur dès le 22 avril 2013 et les limitations concernaient essentiellement les efforts physiques. Il existait notamment une fatigabilité, des troubles de la concentration et des douleurs cervico-brachiales. On pouvait s'attendre à une reprise professionnelle à un degré variant entre 70 et 100%, selon l'évolution. 9. Par questionnaire du mois de novembre 2013, le dernier employeur de l'assuré a indiqué à l'OAI que l'assuré avait travaillé de 2 à 6 heures par jour, soit 18 heures par semaine, depuis le 31 août 2010 et que son dernier jour de travail effectif avait été le 19 avril 2013. Il a transmis à l'OAI les décomptes de salaire de l'assuré ainsi qu'un courrier du 17 octobre 2013, par lequel il résiliait le contrat de travail de l'assuré pour le 31 décembre 2013. 10. L'assureur-accidents a supprimé le versement de prestations à l'assuré dès le 15 novembre 2013. 11. Le 4 décembre 2013, le Dr H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents et psychiatre traitant du recourant, a notamment estimé qu'il était trop tôt pour se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Il a précisé qu'il se tenait à disposition d'un éventuel expert. 12. Par décision sur opposition du 12 décembre 2013, l'assureur-accidents a confirmé la suppression du versement des indemnités journalières au 14 novembre 2013. Il a en effet considéré que l'assuré était apte à reprendre son travail à 100% dès le 15 novembre 2013 et qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre l'accident et les troubles présentés par celui-ci.

13. Dans un second rapport du 8 janvier 2014, le Dr H_____ a retenu, à titre provisoire et par exclusion, le diagnostic de modification durable de la personnalité, sans précision. En effet, l'assuré présentait une nette modification de son rapport avec son entourage et sa symptomatologie répondait au critère A d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Cependant, l'accident qu'il avait vécu ne pouvait pas être considéré comme un stress catastrophique comme de la torture, une réelle catastrophe ou encore une exposition prolongée à une situation représentant un danger vital. Les critères B de ce diagnostic pouvaient également être constatés, notamment un mécontentement et une attitude hostile à l'égard de son assureur-accidents, avec des sentiments d'injustice et un retrait social important. L'évolution tendait vers la chronicisation de sa symptomatologie douloureuse et de la surcharge psychologique consécutive aux conséquences de la prise en charge et des sentiments d'injustice qui ont succédé. Il était trop tôt pour se prononcer sur le pronostic. Du point de vue psychiatrique, l'incapacité de travail était totale jusqu'au 31 décembre 2013, étant précisé qu'une évaluation était nécessaire pour le mois de janvier 2014. Des mesures de réadaptation professionnelle seraient certainement nécessaires en raison de la symptomatologie algique. On pouvait s'attendre à la reprise d'une activité lucrative adaptée à plein temps dès le 1 er février 2014.

14. En date du 16 janvier 2014, la Dresse B_____ a attesté que l'assuré avait subi un traumatisme crânio-cervical indirect et une contusion cervicale. Il présentait une limitation marquée pour les efforts physiques prolongés. Porter des charges de dix kilogrammes n'était possible que durant des périodes limitées dans le temps, avant de déclencher des douleurs de type décharges électriques en irradiation cervico-brachiale gauche et en région dorsale, et, par moment, des vertiges. L'assuré devait également éviter les rotations et les flexions du rachis cervical et dorsal. Il pouvait potentiellement exercer des activités sédentaires ou en position essentiellement assise durant les six prochains mois, au minimum. Il présentait également des éléments anxieux de type PTSD, pour lesquels il était suivi par un psychiatre depuis le mois de novembre 2013.

15. Par avis du 19 février 2014, la doctoresse I_____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après le SMR), a retenu que l'évolution depuis l'accident du 22 octobre 2012 avait été défavorable avec une persistance des douleurs cervicales de type syndrome douloureux chronique sans substrat organique et l'apparition d'un trouble de l'adaptation mixte anxieux et dépressif, qui n'était pas reconnu comme incapacitant selon l'AI. Compte tenu de l'expertise neurologique et psychiatrique et des rapports médicaux disponibles, il existait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, avec une entière capacité de travail dans une activité adaptée (AA) sédentaire dès le 1 er février 2014, comme déterminé par le Dr H_____. Les limitations fonctionnelles concernaient les poids lourds, la montée sur une échelle ou encore le travail dans une seule position.

16. En date du 17 avril 2014, la Dresse I_____ a constaté que les atteintes principales à la santé de l'assuré étaient les suivantes : une contusion cervicale accidentelle survenue le 20 décembre 2012, un trouble de l'adaptation, une réaction mixte anxieuse et dépressive, avec un élément de type PTSD like. L'incapacité totale de travail avait débuté le 22 avril 2013.

17. En date du 7 mai 2014, un calcul du degré d'invalidité de l'assuré a été effectué, duquel il résultait un degré d'invalidité de 5%. En particulier, c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité qui a été utilisée, dans la mesure où il avait travaillé à 73% en tant que nettoyeur. En outre, son degré d'invalidité dans la sphère professionnelle a été déterminé en tenant compte d'une part, d'un revenu sans invalidité de CHF 43'625.- et d'autre part, d'un revenu d'invalidité de CHF 40'876.-, fixé suite à un abattement de 10% compte tenu des

limitations fonctionnelles. [endif]>[if> 18. Le 23 mai 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à une rente d'invalidité, au motif que son degré d'invalidité était de 5%, taux n'ouvrant pas de droit à une rente. Il a expliqué que si sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de nettoyeur, il était capable d'exercer une activité adaptée à son état de santé dès le mois de février 2014, sans avoir besoin d'une nouvelle formation ou d'un complément de formation. En outre, compte tenu de son atteinte à la santé, l'OAI a considéré que l'assuré ne devait pas rencontrer d'empêchement notable dans ses travaux habituels. Pour le surplus, il n'existait pas de droit à un reclassement dans une nouvelle profession si le degré d'invalidité était inférieur à 20%. [endif]>[if> 19. Par arrêt du 10 juin 2014, la chambre de céans, statuant sur le litige entre l'assuré et son assureur-accidents, a confirmé la décision sur opposition de l'assureur-accidents mettant fin aux prestations dès le 15 novembre 2013.[endif]>[if> 20. En date du 23 juin 2014, l'assuré, représenté par un conseil, a contesté le projet de décision de l'OAI du 23 mai 2014, estimant avoir besoin de mesures de réadaptation professionnelle, afin d'être en mesure de reprendre une activité lucrative adaptée à son état de santé. [endif]>[if> 21. Par décision du 2 juillet 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 23 mai 2014, refusant à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. [endif]>[if> 22. Par acte du 31 juillet 2014, l'assuré, représenté par le même conseil, a interjeté recours contre cette décision de l'OAI, concluant préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement, à l'octroi d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession, sous suite de dépens. Il a en substance soutenu qu'il convenait de tenir compte de l'avis du Dr H_____ et du fait qu'un suivi psychiatrique avait été mis en place dès le mois de novembre 2013. [endif]>[if> 23. En date du 8 août 2014, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 31 juillet 2014.[endif]>[if> 24. Invité à se prononcer, l'intimé a proposé, dans sa réponse du 28 août 2014, le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. En effet, d'une part, le diagnostic de modification durable de la personnalité sans précision, posé par le Dr H_____, ne pouvait pas être assimilé à une atteinte invalidante et d'autre part, ce médecin a indiqué que le recourant avait recouvré une entière capacité de travail dès le 1^{er} février 2014. Dès lors, une expertise psychiatrique ne se justifiait pas, dans la mesure où aucun élément médical objectif susceptible de contredire cette conclusion n'apparaissait dans le dossier. Par ailleurs, le droit à des mesures de reclassement professionnel n'était pas ouvert, attendu que des activités sédentaires, légères, de type industriel étaient accessibles au recourant sans qu'aucune formation spécifique ne soit nécessaire. [endif]>[if> 25. En date du 30 septembre 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions, estimant que conformément au rapport du Dr H_____ du 8 janvier 2014, il y avait lieu de procéder à une nouvelle évaluation psychiatrique et d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle. [endif]>[if> 26. Sur ce, la cause a été gardée à juger. [endif]>[if> 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).[endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA p.a.). [endif]>[if> 3. Le litige

porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité et à une mesure d'ordre professionnel. Il sied tout d'abord de se prononcer sur l'état de santé du recourant, singulièrement sur sa capacité de travail. a. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} 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^{er} 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). b. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, 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). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises

établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). c. En ce qui concerne la preuve, 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 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 322 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; ATF 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; ATF 122 V 157 consid. 1d).

5. En l'occurrence, la décision attaquée est fondée en substance sur l'avis du médecin du SMR du 19 février 2014, et singulièrement sur le rapport d'expertise interdisciplinaire de la CRR du 12 juillet 2013 et sur le rapport du Dr H_____ du 8 janvier 2014. L'expertise de la CRR se base sur une anamnèse familiale, personnelle et socioprofessionnelle du recourant, sur l'étude de son dossier médical, et en particulier sur son dossier radiologique, ainsi que sur un examen clinique et sur les déclarations et plaintes du recourant. Les experts ont également clairement posé les diagnostics et leurs constatations objectives et les conclusions sont motivées. En effet, ils ont retenu le diagnostic primaire de contusion cervicale et les comorbidités de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive avec éléments anxieux de type PTSD like, d'excès pondéral et de tabagisme à dix unités par jour. Aucune limitation de l'appareil locomoteur n'était retenue par les experts, ceux-ci expliquant notamment qu'il n'y avait pas d'atteinte traumatique de la colonne cervicale et que le recourant s'autolimitait lors de l'évaluation de

ses capacités fonctionnelles. Il était en particulier capable de manutentionner des charges allant de 10 à 15 kg. Quant aux troubles psychiatriques présentés, les experts ont estimé qu'ils n'atteignaient pas la sévérité d'un trouble dépressif franc, dans la mesure notamment où il existait une diminution de la libido, un retrait social, une irritabilité croissante, une thymie abaissée et des sentiments de tristesse, mais que la capacité de motivation, l'élan vital et l'accès au plaisir étaient préservés. De plus, le recourant présentait certes des cauchemars, des angoisses liées à la situation du traumatisme et un état d'hypervigilance, toutefois, ces symptômes étaient d'intensité moins importante que ceux existant dans le cadre d'un stress post-traumatique et il n'y avait pas de reviviscences répétées, de flashbacks, ou de détachement par rapport aux situations ou aux proches l'entourant. Les experts ont ainsi conclu que le pronostic était excellent, mais qu'il y avait des facteurs défavorables, de sorte qu'ils ont notamment proposé la mise en place d'un suivi psychiatrique. Même si ce rapport d'expertise, qui a été établi à la requête de l'assureur-accidents, ne conclut pas expressément sur la capacité de travail du recourant, on comprend que celui-ci peut exercer une activité lucrative en tous les cas au regard de ses atteintes somatiques et qu'un suivi psychiatrique permettrait la reprise d'une telle activité. Dès lors, compte tenu des éléments précités et du but poursuivi par cette expertise – lequel était d'établir le rapport de causalité entre les troubles du recourant et l'accident du 20 octobre 2012 – il y a lieu de considérer qu'il satisfait tous les critères dégagés par la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante. En outre, d'un point de vue somatique, la Dresse B_____ a certes retenu une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle en septembre 2013, elle a toutefois indiqué, le 16 janvier 2014, que compte tenu des douleurs du rachis cervical et dorsal et de ses limitations fonctionnelles – pas de port répété de charges de 10 kg, pas d'efforts physiques prolongés ou de rotation et de flexion du rachis cervical et dorsal – le recourant pouvait exercer une activité sédentaire ou essentiellement assise durant les six prochains mois. Dès lors, ce rapport de janvier 2014 confirme les conclusions du rapport d'expertise et permet de conclure que d'un point de vue somatique, le recourant est en tous les cas en mesure d'exercer, dès le mois de janvier 2014, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. D'ailleurs, le recourant ne le conteste pas. D'un point de vue psychiatrique, le Dr H_____, psychiatre du recourant, a retenu le diagnostic de modification durable de la personnalité, sans précision. Si ce médecin a considéré, comme invoqué par le recourant, qu'une évaluation était nécessaire durant le mois de janvier 2014, il a également estimé, le 8 janvier 2014, que celui-ci était en totale incapacité de travail jusqu'au 31 décembre 2013, mais qu'il allait pouvoir reprendre une activité à plein temps dès le mois de février 2014. Cette conclusion confirme l'absence de trouble psychiatrique conséquent, telle que mise en exergue par l'expertise de la CRR. Pour le surplus, le recourant, représenté par un conseil, ne produit aucun rapport de médecin, en particulier de son psychiatre, permettant d'attester de la persistance de son incapacité de travail postérieurement au mois de janvier 2014. Dès lors, au vu des éléments médicaux convergents tant au niveau somatique que psychique, la chambre de céans estime que le recourant présente, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, une capacité de travail nulle dans son activité antérieure dès le 22 avril 2013 et entière, comme retenu par l'intimé, dans une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le mois de février 2014 au plus tard. 6. Il convient toutefois encore de se prononcer sur l'évaluation de l'invalidité du recourant. ![endif]>![if> a. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il

convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). b. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. 7. En l'espèce, l'intimé a retenu que le

recourant devait se voir reconnaître un statut mixte, à raison de 73% pour l'activité lucrative et de 27% pour les travaux ménagers, en se fondant sur les premières déclarations de l'employeur résultant de la déclaration d'accident (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c). Cela n'est pas contesté par le recourant, lequel a indiqué, dans sa demande de prestations, qu'il travaillait à 80% en qualité de technicien de surface. L'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité doit ainsi être confirmée. En revanche, alors même que le médecin du SMR a retenu, dans son avis du 19 février 2014, que le recourant présentait des limitations fonctionnelles et qu'il ne pouvait exercer qu'une activité lucrative adaptée à celles-ci, l'intimé a considéré qu'une enquête ménagère n'était pas nécessaire. Il s'agit toutefois d'une exigence résultant de la jurisprudence, afin de déterminer les empêchements dans les activités habituelles. Dès lors, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une enquête ménagère, afin qu'il puisse être statué de manière définitive sur l'invalidité du recourant. 8. Il s'agit enfin d'examiner le droit du recourant à une mesure de d'ordre professionnel. a. 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). b. 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). 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). D'après l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, 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. 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. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (ATF non publié 9C_644/2008 du 12 décembre 2008, consid. 3). 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). Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1^{er} LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimes, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). Par ailleurs, 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 (RCC 1988 p. 266 consid. 1). L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, CMRP, p. 16, no 2001 et 2002). Dans un récent arrêt no 9C_882/2008 du 19 octobre 2009, le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 s. LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI 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 du Tribunal fédéral I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 206; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, ad Art. 15 IVG). Point n'est en principe besoin de présenter une perte de gain pour bénéficier d'une telle mesure (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). 9. En l'occurrence, l'intimé n'ayant pas encore instruit la possibilité de mettre en œuvre une mesure d'ordre professionnel, la cause lui sera renvoyée pour ce faire, étant précisé qu'il conviendra notamment de tenir compte du fait que le recourant est encore jeune et qu'il a la plus grande partie de sa carrière devant lui. Pour le surplus, nul n'est besoin de présenter une incapacité de travail de 20% au moins pour avoir droit à une mesure de placement ou d'orientation professionnelle. 10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 2 juillet 2014 annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants. Vu l'admission partielle du

recours, une indemnité de CHF 1'000.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA ; E 5 10] ; art. 6 règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 89H al. 4 LPA), un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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