

GE_GERICHTE A/2512/2008 vom 26. Mai 2011

GE Cour de justice, 2011-05-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2512_2008

FR: GE_GERICHTE A/2512/2008 du 26 mai 2011

IT: GE_GERICHTE A/2512/2008 del 26 maggio 2011

Erwägungen

E. 8

ème Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié à Onex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître VECCHIO Sandro recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur A _____ (ci-après le recourant ou l'assuré) qui, depuis son arrivée en Suisse en 1986, exerçait la profession de ferblantier-couvreur, a été victime d'un accident de la circulation le 9 juin 2003. Cette lourde chute au guidon d'un cyclomoteur a occasionné un polytraumatisme avec de nombreuses fractures, à savoir notamment fracture du crâne, fracture faciale, fracture de l'omoplate et de la clavicule gauche. Cet accident a laissé des séquelles, notamment une cervicarthrose, si bien que le recourant ne peut plus rester longtemps dans la même position sans éprouver des douleurs. Le recourant a tenté, en janvier 2004, de reprendre son activité de ferblantier couvreur mais sans succès. Le 21 mai 2004, Monsieur A _____ a présenté une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après l'OAI). Dans le cadre de l'instruction du dossier l'OAI a sollicité une expertise médicale et a mandaté, à cet effet, le 3 mars 2005, le Dr L _____, chirurgie orthopédique FMH. Dans son rapport d'expertise du 25 avril 2005, le Dr L _____ pose les diagnostics suivants : - Status après fracture du corps l'omoplate gauche consolidée. - Status après fracture du tiers moyen de la clavicule gauche consolidée. - Status après fracture de l'os zygomatique et du sphénoïde à gauche consolidées. - Suspicion de fracture du rocher gauche non déplacée et consolidée. - Status après fracture du condyle occipital droit non déplacée. - Status après luxation IP du pouce droit sans séquelles. - Status après fracture de côtes 5-6-7 à gauche sans séquelles. - Douleurs résiduelles de la région para-cervicale gauche, de l'omoplate et de l'épaule gauches. Dans son évaluation, le Dr L _____ relève que les mobilités sont complètes au niveau des épaules et qu'il n'y a pas d'amyotrophie. En outre, les radiographies n'ont montré aucun substrat post-traumatique. Le Dr L _____ précise encore « Il me semble donc qu'une reprise professionnelle à 75% devrait être rapidement envisagée puis à 100% d'ici deux mois. Si on se bute à une incapacité, il faudra envisager une reconversion professionnelle pour laquelle le patient n'est pas motivé. » Répondant aux questions au sujet des influences sur la capacité de travail, le Dr L _____ relève que, au plan physique, il n'y a pas de limitations qualitatives ni quantitatives et au plan psychique, mental et social, il n'y a pas de limitations. Le Dr L _____ précise que l'activité exercée jusqu'alors est exigible à 100%, c'est-à-dire huit heures par jour et qu'a priori il n'y a pas de baisse de rendement. Au sujet de la réadaptation professionnelle, le Dr L _____ indique que « Si d'ici deux mois il n'y a pas de RT à 100%, une réadaptation professionnelle devra être envisagée. » Enfin, d'autres activités sont exigibles en évitant les mouvements répétitifs et les charges de plus de 30 kg. A la suite d'un examen, du 6 juillet 2005, le Dr M _____, médecin d'arrondissement de la SUVA relève

notamment « La situation s'est aggravée avec actuellement une incapacité de travail totale et des douleurs qui ne s'améliorent pas malgré divers traitements effectués. » Se prononçant sur le rapport d'expertise du Dr L_____, le SMR relève, le 22 juillet 2005, en particulier que « l'experte conclut à une capacité de travail totale dans son métier de ferblantier-couvreur et dans une activité dans un délai de deux mois. Au cas où une reprise de travail ne serait pas possible, envisager une réadaptation professionnelle. » Il ressort d'un conseilium psychiatrique du 29 août 2005 réalisé par le Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à la Clinique romande de réadaptation (ci-après la CRR) que « concernant les aspects psychologiques, le patient n'a aucune plainte spontanée, ni retrouvée lors de l'anamnèse dirigée. Il mentionne cependant une tendance à l'isolement et au retrait lors de périodes algiques. (...) Du point de vue psychiatrique, je ne retiens pas de psychopathologie particulière, mis à part un certain perfectionnisme et quelques croyances évoquant un certain degré de catastrophisme. » A la suite d'un séjour dans le service de réadaptation générale de la CRR, le Dr Michel O_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et le Dr Marc P_____ du service de réadaptation générale, retiennent comme diagnostic primaire : - Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1) et comme diagnostics secondaires : - Douleurs persistantes de la région scapulaire gauche d'étiologie indéterminée (M 75.8) - Fracture de l'omoplate gauche, de la clavicule gauche, des 3^{ème} et 10^{ème} côtes gauches, de l'os temporal de l'arcade zygomatique et du sphénoïde gauche ainsi que du condyle occipital droit lors d'un polytraumatisme le 09.06.2003 (Z 91.8). Lésions traitées conservativement. - Cervicarthrose débutante C4-C5 et C5-C6 (M 47.8). Dans le cadre de l'appréciation du cas, les Drs O_____ et P_____ relèvent notamment « Force est de constater qu'il existe peu de limitations pour reconnaître une incapacité de travail prolongée dans son métier de ferblantier, profession qui, il faut le reconnaître, peut être qualifiée de difficile avec des positions de travail parfois un peu acrobatiques. Il est fort probable que d'autres facteurs influent cette évolution un peu difficile, en particulier l'existence de croyances importantes du patient quant à une affection grave et un probable conflit un peu larvé avec son patron, mais ces facteurs ne sont pas médicaux. » Au sujet de l'incapacité de travail dans la profession de ferblantier, ces médecins précisent : « 50% avec travail organisé par demi-journées et rendement de 100% attendu du 28.09.2005 au 31.10.2005, à réévaluer par le médecin-traitant par la suite ; une capacité de travail à 100% d'ici 1 mois paraît réaliste. » Dans un rapport du 14 octobre 2005 adressé à l'office cantonal AI, le Dr O_____ relève qu'il n'y a peu ou pas de limitations fonctionnelles objectives et que les seules limitations sont les douleurs alléguées et un manque d'endurance dans le travail au long cours, en particulier bras au-dessus de l'horizontale. Au sujet de la capacité de travail résiduelle dans son métier de ferblantier-couvreur, ce médecin précise « A la sortie de la clinique, l'assuré a une capacité de travail de 50% avec un rendement à 100% sur la demi-journée. Nous espérons qu'il pourra reprendre son activité à 100% à partir du mois de novembre, mais ceci sera à réévaluer par son médecin-traitant. » Enfin le Dr O_____ relève, au sujet de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, que dans une activité autre la capacité de travail serait pleine et entière. « Cette activité adaptée, si la symptomatologie douloureuse du patient ne s'améliorait pas, serait une activité avec limitation du travail bras au-dessus de l'horizontale et en particulier des travaux nécessitant beaucoup de force dans cette position. Je ne vois pas d'autres limitations. » Dans un rapport du 3 mars 2006, à l'attention du médecin-conseil de la SUVA, le Dr Q_____, chef de clinique auprès de Département des neurosciences cliniques et dermatologie des

Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), relève « Au bilan, il résulte actuellement une pathologie chronique, essentiellement située à gauche au niveau de la région cervico-dorsale. Le patient semble peu amélioré par le traitement antalgique, par contre la physiothérapie semble pour lui le meilleur traitement. D'autre part, le psychiatre qu'il a rencontré le 25.01.06, concluait à : le status psychiatrique ne met en évidence aucune problématique psychologique, ni au niveau de l'humeur, ni au niveau de l'anxiété. On se retrouve devant une symptomatologie somatique, pour laquelle il serait regrettable d'arrêter les traitements de physiothérapie, sachant que ce patient a prouvé sa volonté de se prendre en charge et de trouver une solution. D'autant plus qu'il continue de travailler à 50% et qu'il a compris qu'il était nécessaire pour lui de se reconverter. Mais en attendant, la douleur persiste et il serait souhaitable pour ce patient qu'il soit toujours suivi en physiothérapie jusqu'à une résolution complète de sa situation professionnelle. ». Dans un rapport d'examen du 31 mars 2006, le SMR relève que pour les spécialistes de la CRR, il ne persiste qu'une limitation fonctionnelle mineure mais pas de limitation en force, ce qui permet, selon eux et avec raison, la reprise du travail progressivement depuis le 28 septembre 2005, puis complètement dès le 1^{er} novembre 2001. Le SMR précise encore que cette conclusion est partagée par les médecins somaticien et psychiatre conseils de la SUVA qui ne peuvent retenir de limitation fonctionnelle invalidante et limitant la capacité de travail dans toute activité. En conclusion, le SMR retient les dates de reprise de travail évoquées par les experts de la CRR dans leur rapport de séjour de l'assuré en 2005. Se prononçant sur l'évolution de l'incapacité de travail, le SMR indique : - 100% du 9 juin 2003 au 18 janvier 2004 - 50% du 19 janvier 2004 au 12 mai 2004 - 100% du 13 mai 2004 au 27 juillet 2004 - 50% du 28 juillet 2004 au 8 mai 2005 - 100% du 9 mai 2005 au 27 septembre 2005 - 50% du 28 septembre 2005 au 30 octobre 2005 - 0% dès le 1^{er} novembre 2005. A l'occasion d'une note de travail de l'OAI relatant un contact avec la SUVA, qui a couvert l'accident aussi bien pour les frais médicaux que pour la perte de gain, il est fait mention que « une donnée nouvelle récente au niveau des limitations fonctionnelles qui est, selon leur médecin conseil, le Dr M_____, pas de travail sur les toits en raison de risque accru de chute. » A l'instigation de la SUVA, le recourant a présenté une demande de prestations à l'OAI. Par communication du 23 mai 2006, l'OAI a informé le recourant de son droit aux prestations suivantes : - Une rente entière (degré d'invalidité de 100%) du 09.06.2004 au 27.10.2004. - Une demi-rente (degré d'invalidité de 50%) du 28.10.2004 au 08.05.2005. - Une rente entière (degré d'invalidité de 100%) du 09.05.2005 au 27.12.2005. - Une demi-rente (degré d'invalidité de 50%) du 28.12.2005 au 31.01.2006. Le 21 juin 2006, le recourant a fait opposition à la décision de l'OAI du 23 mai 2006 concernant le refus de mesures professionnelles en insistant sur le fait que la SUVA avait clairement interdit de poursuivre dans sa profession d'origine ce qui est en complète contradiction avec la décision de l'OAI. Dans un avis médical sur opposition du 25 juillet 2006, constatant l'absence de prise claire de position du Dr M_____, le SMR avait retenu les dates de reprise de travail évoquées par les experts de la CRR dans leur rapport du dernier séjour de l'assuré en 2005. Cependant l'assuré avait fait opposition en mentionnant une communication de la SUVA à son adresse du 22 mai 2006 qui affirmait expressément que le travail sur les toits était formellement contre-indiqué pour lui et que des démarches pour trouver un travail adapté avaient été entamées. Le SMR concluait à cette occasion « De ce fait et au vu de la décision de la SUVA, responsable de la gestion de ce cas d'accident pur, nous alignons notre position à la sienne, malgré l'avis de la CRR, et reconnaissons à l'assuré : - Une capacité de travail résiduelle de 0% dans l'activité antérieure de

ferblantier-couvreur et - Une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles reconnues (travail sur les toits et en hauteur, position des bras au dessus de l'horizontale, manque d'endurance dans le travail au long cours). En date du 31 août 2006, l'OAI a notifié une décision sur opposition annulant sa décision de refus de mesures d'ordre professionnel et renvoyant la cause pour instruction complémentaire au service de réadaptation et nouvelle décision. A cette occasion, l'OAI relevait notamment « Au vu des dernières pièces versées au dossier, notre Service médical régional revient sur ses précédentes conclusions et s'aligne sur les conclusions de la SUVA, à savoir que la capacité de travail exigible dans votre activité habituelle est nulle. Par contre, dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, la capacité de travail exigible est de 100% plein rendement. » Le recourant a effectué un stage d'observation auprès du Centre d'intégration professionnelle du 15 janvier au 15 avril 2007, cette mesure a été prolongée jusqu'au 6 mai 2007. Le rapport de la réadaptation professionnelle du 14 mai 2007 relève que l'assuré affirme pouvoir travailler (et effectuer son reclassement) à 50% au maximum. En accord avec l'OAI, il a été décidé d'interrompre prématurément cette mesure. Le 18 juin 2007, un rapport de réadaptation professionnelle fait mention notamment de l'appréciation suivante : « Le SMR retient une pleine capacité de travail à condition d'éviter le travail sur les toits ou en hauteur, la position des bras au-dessus des épaules et tenant compte d'un manque d'endurance dans le travail au long cours. Cette capacité de travail a été confirmée par la première partie du stage d'observation professionnelle. Les stages en entreprises ont échoué en raison du comportement de l'assuré, qui se déclare incapable de travailler à plus de 50%. Son médecin traitant confirme cette capacité de travail limitée, sans justification particulière. Pour notre part, sous réserve d'un avis contraire du SMR, nous retenons une pleine capacité de travail dans toute activité correspondant aux limitations sus mentionnées, notamment celles d'agent de maintenance ou d'opérateur CNC retenus par le CIP. L'assuré n'étant pas d'accord avec notre exigibilité, des mesures professionnelles ne sont pas indiquées et nous sommes contraints d'évaluer l'invalidité de manière théorique. » Comparant les gains avec ou sans invalidité, le service de la réadaptation professionnelle conclut à un taux d'invalidité de 34,66%. A l'occasion d'une décision du 28 décembre 2007, la SUVA relève en particulier « sur la base des constatations médicales, vous êtes en dépit des séquelles de l'accident à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, se déroulant au sol, permettant d'alterner les positions assise et debout et ne nécessitant pas de tâches impliquant de travailler les bras en hauteur. Une telle activité est exigible en plein et vous permettrait de réaliser un salaire mensuel de CHF 4350.-- (part du 13 ème salaire incluse). Comparé au revenu de CHF 6650.-- réalisable sans l'accident, il en résulte une perte de 34,58%. » Sur la base de ce constat, la SUVA a alloué une rente d'invalidité de 35%. Le 25 avril 2008, l'OAI a adressé un projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité en relevant en particulier que, en cours de mesure professionnelle, le recourant avait déclaré ne pas être capable de travailler à plus de 50% dans une activité adaptée. Le Dr Q_____, médecin traitant, a été questionné sur les motifs de cette incapacité de travail de 50%. Sa réponse a été soumise au SMR qui a confirmé qu'il n'y avait aucune aggravation de l'état de santé et que la capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée était de 100%. Face à cette position, le recourant s'est déclaré subjectivement incapable de travailler à plus de 50% et le service de réadaptation a informé l'OAI que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. En outre, constatant un degré d'invalidité de 35% , l'OAI a informé le recourant que le droit à la rente n'était pas

ouvert. En l'absence de contestation de la part du recourant dans le délai imparti, l'OAI est parti de l'idée qu'il était d'accord avec le contenu du projet de décision et, en reprenant intégralement les termes, l'OAI a notifié, le 6 juin 2008, au recourant sa décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Par acte du 7 juillet 2008, l'assuré a recouru contre la décision du 6 juin 2008 en concluant à la recevabilité du recours, à l'annulation de cette décision, à l'octroi des mesures de réadaptation professionnelle, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% dès le 9 juin 2003 et sans limitation dans le temps, avec suite de dépens. Motivant son recours, l'assuré a invoqué la confirmation de son médecin traitant à l'attention de l'OAI qui estimait qu'il ne pouvait pas travailler à plus de 50%, même dans une activité adaptée. Interpellé, l'OAI a soumis le dossier de l'assuré au SMR qui relève que les conclusions du 25 juillet 2006 sont parfaitement valables et reposent sur les éléments de la SUVA s'agissant d'un cas pur SUVA. Quant à l'appréciation de la CRR qui était favorable à l'assuré, le SMR précise qu'elle ne reposait pas sur une appréciation médicale en lien avec une atteinte objective justifiant une reprise progressive, mais plutôt sur les plaintes de l'assuré puisque les médecins de la CRR avaient retenu des limitations fonctionnelles minimales à l'époque. Constatant notamment que médicalement, le recourant a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, que le stage d'observation professionnelle a permis de confirmer une capacité de travail à 100% et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées étant donné que le recourant se considérait incapable de travailler à plus de 50%, l'OAI propose, le 10 septembre 2008, le rejet du recours interjeté contre la décision du 6 juin 2008. Le 26 juin 2009, le Dr R _____, chef de clinique et le Dr S _____, médecin interne au Département de chirurgie des HUG, relèvent, suite à une consultation du recourant, en date du 25 mai 2009, « au status, la colonne cervicale est douloureuse à la palpation surtout en para-vertébrale. Il n'y a pas d'irradiation de la douleur. Il n'y a pas d'atrophie de la ceinture scapulaire. (...) Après discussion du cas avec le Dr R _____, nous pensons que les douleurs ne proviennent que partiellement du problème d'impingement sous-acromial décrit à l'IRM ». Suite à une consultation du 5 octobre 2009, le Dr T _____, chef de clinique, et le Dr U _____, médecin consultant au Département de chirurgie des HUG relèvent, dans un rapport du 12 octobre 2009, « cliniquement, patient en bon état général, avec une musculature eutrophique et un status neurologique sans particularité. A la palpation, il ressent de légères douleurs en regard du trochiter sinon rien de particulier. (...) Vu le tableau radiologique et clinique rassurant, l'examen clinique ne met en évidence qu'une légère gêne sous-acromiale, nous pensons qu'un traitement chirurgical ne pourrait pas vraiment aider ce patient avec ses douleurs d'épaule. » Entendu en audience de comparution personnelle le 29 octobre 2009, le recourant déclare notamment « Je perçois une rente de la SUVA, actuellement légèrement supérieure à 2'000 frs, depuis le 1 er mai 2007, selon décision du 28 décembre 2007. La rente SUVA s'est basée sur la décision de l'AI et fixée sur la base d'un taux d'invalidité de 35%. J'ai été au chômage à 50% après la décision de la SUVA. (...) En ce qui concerne les mesures de réadaptation, j'ai fait un stage dans un EMS durant quatre semaines en qualité d'homme à tout faire. Puis on m'a fait faire un stage à Carouge comme mécanicien de précision, mais au bout de deux jours, j'ai été victime d'un lumbago et mon stage s'est arrêté. Depuis lors, on ne m'a plus rien proposé. (...) A la limite, je serai disposé à entreprendre de nouvelles mesures de réadaptation en envisageant une activité à 100%, dans la mesure où j'y arrive bien entendu. » Lors de cette même audience, le Tribunal a entendu le Dr Q _____, médecin FMH spécialisé en médecine physique et réhabilitation, qui suit le recourant depuis 2003, soit quelques mois

après son accident. Le Dr Q_____ relève en particulier « En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, je relève que M. A_____ est limité dans l'amplitude d'élévation de l'épaule, ainsi que dans le soulèvement de grosses charges, ce qui effectivement limite ses mouvements en particulier dans le cadre de son activité professionnelle. J'insiste sur le fait que son activité en qualité de ferblantier-couvreur n'est plus envisageable, tout comme une activité de travail répétitif, comme par exemple le travail à la chaîne. En revanche, une activité de conciergerie pourrait être envisagée, sans que je sois persuadé qu'elle soit réalisable au-delà de 50%. (...) Je maintiens qu'une activité de concierge, à 50%, pourrait être une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de M. A_____. (...) Je relève que l'état de santé de M. A_____ ne s'améliore pas puisqu'il s'agit d'une situation de douleurs chroniques. (...) Je précise que M. A_____ avait à l'origine un travail qui impliquait une certaine autonomie et que dans le cadre des mesures de réadaptation qui ont été menées, les contraintes qui existaient étaient difficiles à accepter. Je ne suis pas sûr que M. A_____ ait fait le deuil de son ancien métier et qu'il comprenait bien ce qu'on lui demandait. ». Le Tribunal a encore entendu à cette occasion, Monsieur J_____, physiothérapeute, qui suit le recourant depuis 2005 et qui a précisé que le traitement effectué sur le recourant n'est qu'un traitement de soutien et ne permettra pas, à son sens, d'améliorer la situation sans prendre d'autres mesures plus efficaces. Interpellé au sujet des procès-verbaux d'enquêtes, le SMR, dans un avis médical, du 13 novembre 2009, relève d'une part que l'audition de Monsieur J_____ n'apporte pas d'élément nouveau et d'autre part que les explications du Dr Q_____ confirme les conclusions déjà retenues dans les avis du 25 juillet 2006 et du 3 septembre 2008. Le SMR se réfère également au rapport de consultation du 26 mai 2009 effectuée par les Drs R_____ et DE S_____ qui relèvent que les douleurs ne proviennent que partiellement du problème impingement sous-acromial décrit à l'IRM. Le SMR mentionne également le rapport de consultation des Drs T_____ et U_____, du 12 octobre 2009, qui relève notamment que l'assuré « est en bon état général avec une musculature eutrophique et avec un status neurologique sans particularité. Pour les médecins, le tableau radiologique est rassurant et l'examen clinique ne met en évidence qu'une légère gêne sous-acromiale. (...) Ce rapport de consultation n'apporte pas d'élément nouveau en faveur d'une aggravation de l'état de santé mais plutôt confirme la stabilisation de l'état avec un tableau clinique et radiologique rassurant, selon les spécialistes de l'épaule. » Le SMR conclut au fait que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé, raison pour laquelle les conclusions des avis de juillet 2006 et septembre 2008 sont toujours valables. Par courrier du 23 novembre 2009, l'OAI relève que le SMR conclut qu'il n'existe aucun élément permettant de remettre en cause son appréciation de la capacité de travail. En ce qui concerne les mesures de réadaptation professionnelle, l'OAI précise que la situation ne s'est pas modifiée depuis le rapport de réadaptation professionnelle du 18 juin 2007 et, s'appuyant notamment sur la jurisprudence, l'OAI ne peut entrer en matière sur des mesures d'ordre professionnel que si l'assuré est motivé et prêt à se soumettre à une mesure basée sur une capacité de travail exigible de 100%. Répondant aux conclusions de l'OAI, le recourant, qui met en doute la véritable indépendance et l'objectivité des médecins du SMR, insiste sur le fait qu'il est prêt à se soumettre à toute mesure de reclassement professionnel qui pourra lui permettre de retravailler. Le recourant propose au Tribunal de convoquer à nouveau les parties en comparution personnelle dans le but que l'OAI accepte de procéder à ces mesures dont il admet le bien fondé. Entendu à nouveau à l'occasion d'une nouvelle comparution personnelle des parties le 22 avril 2010, l'OAI, qui

persiste dans ses conclusions, s'oppose de façon définitive à toute mesure de réadaptation professionnelle. Pour sa part, le recourant relève « Je souhaite travailler dans mon métier, mais on me l'interdit. J'ai effectué un stage dans un EMS de façon satisfaisante, mais par la suite une activité de mécanicien de précision n'a pas été concluante en raison notamment d'un lumbago. ». EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse du 6 juin 2008, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), en tenant compte, le cas échéant, des modifications intervenues dans le cadre de la 5^{ème} révision de la LAI entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA). Est litigieux le droit du recourant à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité de 50% au minimum. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). b) Selon la

jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4^{ème} édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). Au sujet des expertises, la jurisprudence du Tribunal fédéral a précisé : « L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le

cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime » (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) En l'occurrence, figurent au dossier notamment un rapport d'expertise médicale de Dr L_____, des rapports du Dr Q_____, des avis médicaux de la SUVA et de la CRR, ainsi que plusieurs rapports d'examen du SMR. Dans son rapport d'expertise médicale le Dr L_____, chirurgie orthopédique FMH, décrit une anamnèse qui prend en compte les aspects socio-professionnels, les antécédents médico-chirurgicaux, l'anamnèse concernant l'accident. L'experte prend également en considération les plaintes actuelles, a procédé à un examen clinique limité aux membres supérieurs et à la colonne cervico-dorsale, compte tenu des lésions subies par le recourant. Cette expertise fait mention des diagnostics détaillés ainsi que d'une évaluation claire, notamment au sujet d'une reprise professionnelle. Enfin, l'experte répond clairement, en particulier, aux questions relatives aux influences sur la capacité de travail. Le Dr L_____ conclut au fait que tant sur le plan physique que psychique, mental et social, il n'y a pas de limitations qualitatives ou quantitatives susceptibles d'influencer la capacité de travail. Selon le Dr L_____, le recourant a une capacité résiduelle de 100% dans l'activité habituelle, a priori sans baisse de rendement. Le Dr L_____ - relève enfin que si d'ici deux mois il n'y a pas de reprise de travail à 100%, une réadaptation professionnelle devra être envisagée. En octobre 2005, la CRR conclut au fait que la capacité de travail à 100% en novembre 2005 paraît réaliste, en précisant encore que dans une activité autre la capacité de travail serait pleine et entière. Pour sa part, le Dr Q_____ qui suit le recourant depuis le mois de septembre 2003, constate, dans son rapport du 3 mars 2006 à l'attention du médecin conseil de la SUVA, que le recourant fait preuve de ténacité et de volonté à travailler, ce qui l'a poussé à reprendre trop tôt son activité professionnelle à 50%. Constatant également l'absence de problématique psychologique, au niveau de l'humeur et au niveau de l'anxiété, le Dr Q_____ fait mention du fait que le recourant avait compris qu'il était nécessaire de se reconverter et relève qu'il serait souhaitable qu'il soit toujours suivi en physiothérapie. Toutefois, à cette époque, le Dr Q_____ ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant. Lors de son audition, le Dr Q_____ évoque les limitations fonctionnelles du recourant et insiste sur le fait que son activité en qualité de ferblantier-couvreur n'est plus envisageable. Il relève, à cette occasion qu'une activité de conciergerie pourrait être envisagée, sans être persuadé qu'elle soit réalisable au-delà de 50%. A nouveau, le Dr Q_____ ne se prononce pas, de façon claire, sur la capacité de travail du recourant. Se distançant des conclusions de l'expertise du Dr L_____ au sujet de la capacité résiduelle dans l'activité antérieure, le SMR, dans son avis médical sur opposition du 25 juillet 2006, s'aligne sur la décision de la SUVA en reconnaissant au recourant une capacité résiduelle de travail de 0% dans l'activité antérieure de ferblantier-couvreur et une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée

aux limitations fonctionnelles reconnues. De plus, la comparaison des revenus effectuée aussi bien par le service de réadaptation de l'AI que par la SUVA aboutit à une conclusion identique, à savoir une perte de l'ordre de 35%. C'est d'ailleurs sur cette base que la SUVA a accordé par décision du 28 décembre 2007 une rente d'invalidité de 35% qui est toujours perçue par le recourant selon ses dires lors de son audition en comparution personnelle. Au vu de ce qui précède, bien qu'il allègue que sa capacité résiduelle de travail est de 50% dans une activité adaptée, la Cour retiendra que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques. Il y a dès lors lieu de procéder à la comparaison des revenus avant et après invalidité pour déterminer son degré d'invalidité, comme l'ont d'ailleurs réalisée aussi bien la SUVA que l'intimé. a) Selon la jurisprudence, ce sont les circonstances qui prévalaient au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente qui sont déterminantes pour procéder à la comparaison des revenus; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés au même moment; les modifications de revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 222). Le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé en fonction du gain que l'assuré réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, soit généralement du dernier salaire réalisé par l'assuré avant la survenance de son invalidité (RAMA 1993 n° U 168 p. 101, consid. 3b et les références). Or, la révision au sens de l'art. 41 LAI ne saurait fonder une nouvelle évaluation inconditionnelle du droit à la rente (ATF 112 V 372 consid. 2b et 376 consid. 4; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), p. 253 sv, ad 41 LAI), soit sans que n'existe une modification de la situation ayant concrètement des effets sur la capacité de gain de l'assuré. b) Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, n° 77). Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tables statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) S'agissant des statistiques, on se référera aux salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321). c) La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). En l'espèce, est déterminante, pour le calcul du degré d'invalidité par la méthode de comparaison des revenus, le salaire basé sur l'ESS 2004 valeur centrale hommes, activités simples et répétitives. Pour le salaire sans invalidité, il convient de prendre en compte le revenu issu de la décision de l'OAI qui a été déterminé à 78'862 fr. par an par le service de réadaptation professionnelle selon les informations ressortant du dossier SUVA, informations qui ont abouti au versement d'une rente d'invalidité de 35%. Pour calculer le revenu avec invalidité, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux problèmes du recourant. Compte tenu de l'activité légère de substitution, on se référera au salaire

statistique auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples en 2004, à savoir 4'771 fr. par mois ou 57'252 fr. par an. Considérant le fait qu'une déduction spécifique pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant a été opérée dans le cadre de l'estimation de sa capacité résiduelle de travail par la prise en considération d'une baisse de rendement, en l'occurrence 10%, ce qui aboutit à un revenu avec invalidité de 51'526 fr., une réduction supplémentaire n'est pas à retenir pour procéder à la déduction du salaire statistique. La comparaison du revenu avec invalidité avec le revenu sans invalidité (78'862 fr. – 51'526 fr. x 100 / 78'862 fr) conduit à un degré d'invalidité de 34,66% n'ouvrant pas droit à une rente de l'assurance-invalidité. Enfin, il convient de relever que la SUVA, procédant également à une comparaison des revenus, est arrivée pratiquement au même degré d'invalidité, soit à 34,58%, ouvrant le droit à une rente d'invalidité de 35%. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que, sur la base de la comparaison des revenus, la décision de l'intimé est justifiée. Il reste à examiner si l'assuré peut prétendre à des mesures d'ordre professionnel. Dans un arrêt du 3 février 2010 (9C_298/2009) le Tribunal fédéral a rappelé que la réadaptation a la priorité sur la rente dont l'octroi n'entre en ligne de compte que si une réadaptation suffisante est impossible (art. 7 al. LPGA ; ATF 121 V 190 consid. 4a et c p. 191 s. ; arrêt 9C_186/2009 du 29 juin 2009 consid. 3.2). Saisie d'une demande de rente ou appelée à se prononcer à l'occasion d'une révision de celle-ci, l'administration doit donc élucider d'office, avant toute chose, la question de la réintégration de l'assuré dans le circuit économique (ATF 108 V 212 , 99 V 48). Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (art. 8 al. 1 LAI). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement; art. 8 al. 3 let. b, 15 à 18 LAI). Le fait que l'assuré ne peut plus exercer sa profession antérieure ne suffit pas, à lui seul, pour fonder un droit à un reclassement. L'assuré n'a pas droit à des mesures de réadaptation s'il ne subit pas une perte de gain permanente ou de longue durée (20 % au moins) dans une activité raisonnablement exigible et pouvant être exercée sans autres mesures de réadaptation (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). En l'espèce, de la comparaison des revenus, il résulte un taux d'invalidité de 34,66% qui est supérieur au seuil minimum de 20% prévu par la jurisprudence pour ouvrir la droit à une mesure de réadaptation. Pour déterminer si une mesure est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou à favoriser l'usage de la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 132 V 221 consid. 3.2.2, ATF 110 V 101 consid. 2), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance. L'assurance-invalidité n'est tenue d'accorder ces mesures que s'il existe en outre une proportion raisonnable entre les frais de ces mesures et le résultat économique qu'on peut en attendre. Le droit aux mesures de réadaptation est ainsi déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (art. 8 al. 1 LAI ; RCC 1970 p. 23, ATFA non publié du 2 février 2006, I 512/04, consid. 2.2.). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre

fin (arrêt I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111). Il sied de constater, en l'occurrence, que le stage d'observation auprès du Centre d'intégration professionnelle a été interrompu prématurément, le recourant affirmant ne pouvoir que travailler à 50% au maximum. En outre, le rapport du service de la réadaptation professionnelle fait état du fait que « les stages en entreprise ont échoué en raison du comportement de l'assuré qui se déclare incapable de travailler à plus de 50%. » Ce même rapport précise encore que « l'assuré n'étant pas d'accord avec notre exigibilité, des mesures professionnelles ne sont pas indiquées. » Considérant l'attitude du recourant et son absence de motivation, l'OAI a refusé des mesures d'ordre professionnel et a rappelé, à l'occasion de sa détermination du 23 novembre 2009, qu'il ne pouvait entrer en matière sur des mesures d'ordre professionnel que si l'assuré était motivé et prêt à se soumettre à une mesure basée sur une capacité de travail exigible de 100%, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. De plus, l'OAI a confirmé ce refus de mesures d'ordre professionnel lors de la dernière audience de comparution personnelle. En conséquence, la Cour de céans ne retiendra pas, en faveur du recourant, un droit à des mesures de réadaptation. Ainsi, le recours, mal fondé, sera rejeté. Le recourant qui succombe n'aura pas droit à des dépens. Il sera condamné à un émolument fixé à 200 fr. selon l'art. 69 al. 1 bis LAI. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; 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 Florence SCHMUTZ Le Président suppléant Georges ZUFFEREY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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