

GE_GERICHTE A/359/2009 vom 10. Dezember 2009

GE Cour de justice, 2009-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_359_2009

FR: GE_GERICHTE A/359/2009 du 10 décembre 2009

IT: GE_GERICHTE A/359/2009 del 10 dicembre 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.12.2009
A/359/2009

A/359/2009 ATAS/1628/2009 du 10.12.2009 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/359/2009 ATAS/1628/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 8 du 10 décembre 2009 En la cause Monsieur D _____, domicilié à Genève, représenté par CARITAS GENEVE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur D _____ (ci-après : le recourant) a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), le 6 mars 2007. Né en 1950, marié, il précisait avoir fréquenté l'école primaire, puis avoir appris à travailler comme paysan et dans la construction. Il indiquait être en incapacité de travail complète depuis le 15 février 2006, pour une durée indéterminée. Une IRM lombaire effectuée le 13 avril 2006 a montré des discopathies étagées en L2-L3, L4-L5 et L5-S1 avec débord. Il n'y avait pas d'image de hernie discale, ni de canal rétréci d'origine acquise. Cette IRM a aussi mis en évidence une arthrose hypertrophiante des articulaires postérieures au niveau de la charnière lombo-sacrée. Dans un avis du Dr L _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du 29 mai 2006, les diagnostics suivants étaient posés : Lombalgies avec syndrome vertébral sur une discopathie inflammatoire de L5-S1 ; et Obésité morbide. L'incapacité de travail complète était justifiée et une expertise serait nécessaire après trois mois de traitement anti-inflammatoire et de physiothérapie, si le recourant n'avait pas repris le travail. Le Dr M _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a établi un rapport d'expertise le 28 novembre 2006, à la demande de l'assureur perte de gain en cas de maladie. Selon le Dr M _____, le recourant présentait des lombalgies mécaniques chroniques évoluant de façon graduelle depuis plusieurs années et nettement accentuées depuis un épisode de lombalgies aiguës survenu le 14 février 2006. L'évolution avec un traitement antalgique et de la physiothérapie passive était médiocre. Il n'y avait aucun élément en faveur d'une atteinte neurologique associée aux lombalgies. Moyennant une physiothérapie active visant à un reconditionnement du rachis et l'augmentation du traitement antalgique, par exemple par des infiltrations sous scanner, le patient devait être en mesure de reprendre son activité professionnelle. Il était précisé que les imageries étaient relativement rassurantes, de sorte qu'il y avait encore une chance d'améliorer la situation médicale du recourant. L'incapacité de travail complète était justifiée. Le recourant souffrait, par ailleurs, d'une obésité, mais sans répercussion sur la capacité de travail Une radiographie de la colonne cervicale pratiquée le 19 janvier 2007 a mis en évidence une discopathie multi étagée C3-C4, C4-C5 et C5-C6, sans uncarthrose. Selon le questionnaire rempli par l'employeur le 10 avril 2007, le recourant travaillait dans son dernier emploi en

qualité de manœuvre depuis le 5 juillet 1999, ceci jusqu'au 14 février 2006, après quoi il avait perçu des prestations de l'assureur perte de gain en cas de maladie, laquelle avait toutefois cessé ses versement le 15 mars 2007. Depuis le 1^{er} janvier 2006, le salaire s'élevait à 5'171 fr. par mois, pour un horaire de 41 heures par semaine. Avant l'arrêt de travail survenu le 14 février 2006, il avait été en incapacité de travail complète pendant trois semaines en mai 2005. Le 16 avril 2007, la Dresse N_____, médecin traitant, indiquait dans un rapport en grande partie indéchiffrable que l'évolution suite au traitement proposé par le Dr M_____ était stationnaire. Une radiographie des genoux du 16 avril 2007 mit en évidence une gonarthrose débutante et une subluxation rotulienne externe plus marquée à gauche. Dans un avis du 25 avril 2007, le Dr O_____, spécialiste FMH en neurologie, décrivait le recourant comme collaborant, mais plaintif. L'examen clinique neurologique n'avait révélé aucune parésie objective au niveau des membres inférieurs et le trouble sensitif ne correspondait pas à un territoire radiculaire. Les radiographies de 2003 et l'IRM d'avril 2006 mettaient en évidence une importante arthrose postérieure et une déshydratation des disques L2-L3, L3-L4 et L4-L5, mais sans image de hernie. Une arthrose cervicale importante sur les clichés standards de la région cervicale expliquait vraisemblablement la faiblesse des réflexes des membres supérieurs. Les lombalgies pouvaient s'expliquer par l'importante arthrose postérieure lombaire. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale et une physiothérapie de rééducation, antalgique et d'assouplissement de la chaîne dorso-lombaire associée à un traitement d'AINS constituaient la seule solution thérapeutique. Une reprise de travail paraissait bien difficile en l'état. Le recourant a été convoqué au Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR), pour un examen rhumatologique qui a eu lieu le 3 septembre 2007. Selon le rapport du SMR du 29 novembre 2007 signé par le Dr P_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et rééducation, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : Lombosciatalgies gauches chroniques, dans un contexte de protrusion discale étagée, troubles dégénératifs postérieurs étagés (M54.4) ; Cervicalgies non déficitaires, dans un contexte de discopathie étagée. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : Gonarthrose interne bilatérale débutante ; Obésité de classe II, Spondylarthrose dorsale. Il était notamment relevé que selon les éléments décrits par l'assuré, il n'était pas possible de dire si les douleurs étaient de type mécanique ou inflammatoire, en raison d'incohérences notamment concernant la durée du dérouillage matinal et la présence de douleurs continues au repos. Le traitement médicamenteux n'était pas indiqué et les mesures proposées par le Dr M_____ n'avaient pas été prises. La capacité de travail dans l'activité habituelle de maçon était nulle. Elle était, toutefois, complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : mouvements répétés de flexion-extension ; attitude en porte-à-faux ; mouvements rapides en rotation ; attitude prolongée de la tête en extension ; exposition aux vibrations ; port de charges de plus de 10 kg ; position debout statique de plus de 30 minutes ou assise au-delà de 1 heure et demie. Cette exigibilité était décrite comme purement théorique et les chances de succès d'une orientation professionnelle faibles. Le recourant avait de la difficulté à retrouver une activité professionnelle moins contraignante en raison de sa faible motivation, d'un déconditionnement physique, et de son obésité. Un rapport de réadaptation professionnelle du 1^{er} avril 2008 a conclu à un degré d'invalidité de l'ordre de 26% et à la nécessité d'un stage d'orientation en vue du placement, afin de déterminer quelles étaient les professions susceptibles de convenir aux limitations fonctionnelles du recourant, de déterminer sa capacité résiduelle de travail et,

éventuellement, de commencer concrètement une réadaptation professionnelle. Un stage au sein des Etablissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) fut prévu du 21 avril 2008 au 20 juillet 2008, mais a été interrompu le 25 mai 2008. Selon le rapport des EPI du 3 juin 2008, le recourant s'est montré plaintif et son discours est resté centré sur son incapacité à reprendre une activité professionnelle. Les rendements mesurés lors d'activités compatibles avec l'atteinte invalidante étaient inexploitable. Comme le placement en entreprise était impossible, un stage en structure adaptée a été envisagé, mais après avoir visité les ateliers adaptés, le recourant avait produit un certificat médical. La poursuite de la mesure d'orientation professionnelle n'était ainsi plus possible. L'observation a toutefois permis d'exclure le travail fin ou de façonnage. Le niveau scolaire du recourant était trop faible pour lui permettre de participer aux « activités en salle ». Sa faible intégration linguistique ne lui permettait pas de progresser et limitait la participation aux animations de groupe. Le 13 juillet 2008, la Dresse N_____ adressa un nouveau rapport médical en grande partie indéchiffrable à l'OAI. Selon elle, le recourant n'avait aucune capacité de travail et aucune des activités mentionnées dans l'annexe relative aux limitations fonctionnelles n'était exigible. Un rapport de radiographie de la colonne cervicale et lombaire du 22 juin 2008 était annexé à l'avis de la Dresse N_____. Le Dr Q_____, spécialiste FMH en radiologie, concluait comme suit : Scoliose cervicale à convexité gauche avec disparition de la lordose physiologique ; Bec ostéophyttaire antérieure étagée avec ossification du ligament antérieur mais sans discopathie ; Discrète scoliose lombaire à convexité gauche avec diminution de la lordose physiologique ; Discarthrose en D12-L1 avec ostéophytose marginale gauche ; Aspect cunéiforme des vertèbres dorsales inférieures et lombaires avec spondylose antérieurs étagée ; Discarthrose L5-S1 ; Pas de tassement vertébral ; Pont ostéophyttaire dans la partie supérieure de l'articulation sacro-iliaque gauche et sclérose des versants iliaques traduisant des lésions dégénératives. Interrogée par le SMR au sujet d'un Lasègue bilatéral et d'une décompensation de la protrusion L5-S1, la Dresse N_____ adressa à l'OAI un avis du Dr L_____ du 26 septembre 2008. Selon ledit avis, le Dr L_____ pensait que « les jeux sont faits » du point de vue socioprofessionnel. Les troubles dégénératifs avec une arthrose des articulaires postérieurs des dernières vertèbres lombaires n'expliquaient pas toutes les douleurs. L'obésité jouait un rôle défavorable sur les lombalgies. Le pronostic était mauvais. Dans un avis médical du 23 octobre 2008 signé par la Dresse R_____, le SMR indiqua qu'il ressortait des résultats constatés par le Dr L_____ dans son avis du 26 septembre 2008, que l'état du recourant ne s'était pas péjoré depuis l'examen rhumatologique du SMR du 3 septembre 2007. Les conclusions du rapport consécutif à cet examen étaient ainsi maintenues. Dans un rapport final de réadaptation professionnelle du 12 novembre 2008, l'OAI a calculé un degré d'invalidité de 26,7%, lequel était insuffisant à l'octroi d'une rente. Il était également précisé que des mesures professionnelles n'intéressaient pas le recourant, dans la mesure où il se considérait incapable de reprendre une activité professionnelle. Le degré d'invalidité a été calculé en prenant en compte un revenu avec invalidité de 47'358 fr., en 2006, correspondant à la moyenne de toutes les activités listées dans l'ESS 2006, dans une activité simple et répétitive, selon un horaire de travail complet sans diminution de rendement, mais avec une réduction de 20% selon l'approche pluridisciplinaire. S'agissant du revenu sans invalidité, il avait été retenu 64'632 fr. soit le salaire effectif 2005, après indexation pour l'année 2006. Par projet de décision du 17 novembre 2008, l'OAI refusa au recourant une rente d'invalidité et un reclassement, au motif que le degré d'invalidité était insuffisant à ouvrir le droit à une rente et qu'une mesure de reclassement ne l'intéressait pas.

Médicalement, cette décision était fondée sur l'avis du SMR du 19 novembre 2007. Le recourant forma opposition par courrier du 24 novembre 2008 et fut entendu à sa demande par l'OAI le 10 décembre 2008. Il compléta son opposition le 15 décembre 2008, indiquant n'être plus en mesure de reprendre son activité professionnelle et que l'exigibilité à 100% dans une activité adaptée reposait sur une appréciation médicale purement théorique. Le stage d'orientation professionnelle avait dû être interrompu pour des raisons médicales, ce qui démontrait que les activités testées n'étaient pas adaptées. N'ayant aucune formation professionnelle, ne sachant ni lire ni écrire et compte tenu de son âge, il n'avait aucune chance de réintégrer le marché de l'emploi et ne voyait pas quelle activité il pourrait encore exercer. Il demandait ainsi la reprise de l'instruction de son dossier et la mise sur pied d'une contre-expertise. Le recourant se fondait sur un avis de la Dresse N_____ du 15 décembre 2008, lequel précisait qu'il était inapte à travailler dans la construction en raison de dorsolombaires chroniques avec blocage lombaire intermittent, d'un aspect cunéiforme des vertèbres, d'une hyper-tension et obésité, et de discopathies multi-étagées en C3-4, C4-5, C5-6, L2-3, L4-5 et L5-S1. Dans un avis du 7 janvier 2007, le SMR indiqua que l'incapacité de travail complète dans l'activité habituelle avait été admise et que des mesures professionnelles avaient été proposées au recourant. Par décision du 12 janvier 2009, l'OAI refusa d'octroyer une rente d'invalidité ou un reclassement, reprenant les motifs de son projet de décision du 17 novembre 2008. Il indiqua que l'avis de la Dresse N_____ du 15 décembre 2008 n'apportait aucun élément nouveau. Le recourant contesta cette décision le 5 février 2009 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à l'annulation de la décision du 12 janvier 2009 et à ce qu'il lui soit reconnu une invalidité complète dès le 14 février 2007, sous suite de dépens. A titre subsidiaire, il concluait à ce qu'une expertise médicale pluridisciplinaire soit ordonnée, sans préciser dans quels domaines. Il contestait pouvoir exercer une activité adaptée, vu son âge, compte tenu du fait qu'il ne sait ni lire, ni écrire et vu ses limitations fonctionnelles. Le revenu d'invalidé pris en compte par l'OAI était également contesté, vu le rendement très faible, les difficultés d'apprentissage et l'impossibilité d'un placement en entreprise constatés par les maîtres de la réadaptation professionnelle. A l'appui de ses conclusions subsidiaires, le recourant faisait valoir que les avis médicaux étaient divergents, de sorte que le bien fondé des conclusions du Dr P_____ du SMR pouvait être mis en doute et qu'il se justifiait d'ordonner une nouvelle expertise médicale. Dans un avis du 30 janvier 2009, la Dresse N_____ indiqua, à propos du recourant : « Il accuse des douleurs lombaires sévères surtout la nuit, je ne vois pas comment il pourrait exercer une activité active ou passive avec la symptomatologie qu'il présente ». Dans sa réponse du 5 mars 2009, l'OAI conclut au rejet du recours, faisant valoir que sa décision se fondait médicalement sur une expertise probante du SMR. Pour le surplus, le recourant ne pouvait tirer aucun argument de l'échec du stage d'observation professionnelle, celui-ci étant d'emblée voué à l'échec, vu la position qu'il avait adoptée. Par ordonnance du 26 mai 2009, le Tribunal a ordonné l'audition de la Dresse N_____ et d'un maître de réadaptations des EPI. Le maître de réadaptation des EPI fut entendu le 11 juin et expliqua que le recourant se plaignait de ce que les exercices d'évaluation de ses capacités pratiques ne correspondaient pas à son état de santé, avant qu'il ne soit mis fin à l'évaluation en raison d'un certificat médical. Il y avait une discordance entre les plaintes du recourant et les limitations fonctionnelles communiquées par l'OAI, alors que le travail confié était très léger et correspondait aux limitations fonctionnelles communiquées. Il avait pu constater de manière fiable que le rendement du recourant dans une activité simple était de 20 %, sans

pouvoir déterminer la part de perte de rendement liée à des causes médicales. De la même manière, l'observation avait permis d'exclure toute activité fine ou de façonnage. En raison de la discordance entre les limitations données par l'OAI et les constatations qu'il avait faite, le maître de réadaptation ne pouvait se prononcer au sujet d'une activité qui serait adaptée. Comme il n'était pas possible de placer le recourant chez un employeur, en raison de son attitude, un atelier de réentraînement au travail sans contrainte de rendement avait été envisagé. Il s'agissait d'activités de groupes permettant l'apprentissage des activités nécessaires à la recherche d'un emploi ou de nouvelles orientations. Si l'on s'en tenait aux limitations fonctionnelles admises par le SMR, il existait des activités adaptées dans le circuit économique normal, peut-être avec une perte de rendement moins importante que celle mesurée. En définitive, le maître de réadaptation précisa que pour des questions de formation scolaire, il fallait exclure toute activité dans le secteur tertiaire. Dans le secteur de la production, il fallait envisager une activité simple et sans finesse ou du conditionnement. Entendu le même jour en comparution personnelle, le recourant expliqua qu'il avait de la peine à marcher 400 à 500 m depuis son domicile pour aller faire ses courses. Il portait une ceinture de soutien pour le dos et n'arrivait pas à mettre lui-même ses chaussures. Malgré ses médicaments, il n'arrivait pas à dormir lorsqu'il pleuvait. A cela s'ajoutait un problème d'asthme, apparu quelque mois avant la décision litigieuse et dont il ne pensait pas avoir parlé à l'OAI. La Dresse N _____ fut entendue le 3 septembre 2009. Elle expliqua adhérer aux limitations fonctionnelles mentionnées par le SMR dans son examen rhumatologique du 3 septembre 2007. Elle divergeait toutefois de cet avis s'agissant de l'activité adaptée, estimant qu'il était impossible que le recourant travaille 8 heures d'affilée. Sa capacité de travail était estimée à 20%, en raison du fait que, selon elle, le SMR affirmait que le recourant ne pouvait travailler plus de deux heures par jour. La physiothérapie proposée par le Dr M _____ n'avait pas permis d'amélioration, compte tenu d'autres facteurs, tels l'obésité, la goutte, le syndrome métabolique et l'apnée respiratoire. La Dresse N _____ ne pouvait indiquer si des infiltrations avaient eu lieu, mais quoi qu'il en soit, l'état de la colonne du recourant était mauvais et des infiltrations n'auraient un effet que sur une très courte durée. Les Dr L _____ et M _____ ne proposaient pas d'autre traitement que des anti-inflammatoires. Elle avait interrompu le stage de réadaptation professionnelle en raison d'un blocage de la colonne du recourant avec une lombosciatique vertébrale réactionnelle qui avait dû être traité par anti-inflammatoires et corticoïdes. La maladie du recourant était chronique et dégénérative. Elle évoluait en fonction des périodes de l'année. Depuis quelques temps s'était ajoutée une lombosciatique gauche. Un certificat du Dr S _____, spécialiste FMH des maladies des poumons, fut remis au Tribunal pour information, car la situation pulmonaire ne modifiait pas l'invalidité. Selon ce certificat, daté du 25 août 2009 et ne se prononçant pas sur la capacité de travail, le Dr S _____ suspectait un syndrome mixte, restrictif léger et obstructif léger, dans un contexte d'obésité proche du morbide. Un dépistage était positif en faveur de syndrome des apnées/hypopnées du sommeil. Le contrôle de test de marche n'avait pu être effectué en raison du problème lombaire. A l'issue de l'audience du 3 septembre 2009, les parties furent invitées à déposer d'éventuelles observations. Dans le cadre de ses observations du 12 octobre 2009, le recourant persista dans ses conclusions sur le fond. Il expliqua que les avis médicaux divergeaient uniquement sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Au vu de la capacité de travail de 20% attestée par la Dresse N _____ et du rendement mesuré à 20% durant le stage d'observation professionnelle, il fallait retenir un revenu avec

invalidité correspondant à 20% du salaire mensuel standardisé pour un homme dans le domaine des services, ce qui déterminait un taux d'invalidité de 83,17% et donnait droit à une rente entière. L'OAI déposa ses observations le même jour. Il relevait les discordances entre les plaintes du recourant et les limitations fonctionnelles établies médicalement et reconnues par le médecin traitant. Les divergences sur le plan médical concernaient l'appréciation de la capacité de travail et il convenait de donner la préférence à l'avis du SMR, plutôt qu'à celui du médecin traitant. L'OAI persistait ainsi dans ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Sur quoi, la cause fut gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce. Adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales le 5 février 2009, le recours contre la décision de l'OCAI du 12 janvier 2009 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, et plus spécifiquement sur la détermination de l'étendue de son invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATF non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur

un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. 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). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; SVR 2006 IV no 10 p. 39 [arrêt Z. du 26 octobre 2004, I 457/04] consid. 4.1, 2001 IV no 10 p. 27 [arrêt S. du 8 février 2000, I 362/99]; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des

Bundesgerichts zum IVG, p. 228). Il sera toutefois précisé que les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02). En vertu, 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 que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Les médecins du SMR sont liés par un rapport de travail avec l'Office. Si ce fait n'enlève a priori aucunement la valeur probante de leur examen, il faut relever cependant qu'il ne s'agit pas de médecins indépendants, spécialistes reconnus, au sens de la jurisprudence susmentionnée, et donc que leur analyse ne vaut pas expertise (ATAS/132/2007 du 16 janvier 2007). Quant au médecin traitant, 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 (ATF 125 V 353 , consid. 3b/cc et les références). En l'espèce, d'un point de vue médical, il y a lieu de tenir compte de l'avis du SMR. En effet, d'une part, cet avis est rédigé par un spécialiste du domaine utile à la résolution de l'état de fait médical, comprend une anamnèse, et prend en compte les plaintes du recourant. Il est détaillé et convainquant, notamment lorsqu'il explique pour quels motifs il s'écarter d'autres avis médicaux. D'autre part, la Dresse N_____, médecin traitant, reconnaît que les limitations fonctionnelles énumérées sont exactes. Les avis divergent s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée. A ce sujet, il faut constater que le Dr O_____ ne se prononce pas de manière détaillée sur cette question. Quant au Dr M_____, il a suggéré un traitement antalgique et de physiothérapie active et indiqué qu'à l'issue de ces mesures le recourant devrait être en mesure de reprendre son activité professionnelle, à défaut de quoi une nouvelle expertise devait être mise en place. Ainsi, dès lors que le SMR a retenu une nette amélioration de la mobilité mesurée par rapport aux examens des Dr M_____ et L_____, l'on ne voit pas que l'avis du SMR soit contradictoire avec celui de ces médecins, qui avaient d'ailleurs tous les deux suggéré une nouvelle expertise en l'absence d'amélioration de la capacité de travail. S'agissant enfin de l'opinion de la Dresse N_____, il faut relever que ses avis sont fort brefs et non expliqués. Ils ne permettent pas de comprendre en quoi l'avis du SMR ne serait pas adéquat. De surcroît, comme déjà rappelé, la Dresse N_____ a confirmé les limitations fonctionnelles retenues par le SMR. Enfin, la Dresse N_____, lors de son audition par le Tribunal a déterminé le taux d'incapacité de travail selon une mauvaise lecture des limitations fonctionnelles retenues. Le SMR ne limite en effet pas l'activité à deux heures par jour,

mais limite la position debout à 30 minutes d'affilée et la position assise à une heure et demi d'affilée. Il n'en découle pas une capacité de travail maximale de deux heures par jour, dès lors que ces positions peuvent être adoptées plusieurs fois par jour. Ainsi, convient-il de suivre les conclusions du SMR quant à une capacité de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Reste à déterminer s'il est possible de déterminer dans quel domaine une activité adaptée pourrait être exercée, une éventuelle diminution de rendement et les éléments permettant, cas échéant, d'appliquer une réduction du salaire statistique. A cet égard, il convient de compléter les données médicales par des renseignements d'ordre professionnels. C'est ainsi à juste titre que l'OAI a mis sur pied un stage au sein des EPI. Ce stage a toutefois été interrompu avant que des conclusions suffisamment probantes aient pu être tirées. Le Tribunal exprime en effet des réserves importantes quant au taux de rendement mesuré par les EPI, car il est apparu que ce taux de rendement était fondé principalement, voire exclusivement, sur des éléments subjectifs. Ceci étant, il apparaît qu'il a été mis fin à la mesure en raison du comportement du recourant. En effet, bien que le stage ait été interrompu suite à un certificat médical de la Dresse N _____, la mesure aurait pu être reprise après une amélioration de l'état médical. Or, selon la décision de l'OAI, il a été renoncé à la mesure d'observation professionnelle en raison de l'attitude du recourant. La décision entreprise est dès lors contraire au droit, et spécifiquement à l'art. 21 al. 4 LPGA qui prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Selon cette disposition, une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et impartissant à l'assuré un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Cette procédure est un préalable impératif avant tout refus de prestations en application de l'art. 21 al. 4 LPGA (SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Il doit, d'autre part, exister un lien de causalité entre le comportement reproché et le dommage susceptible d'être causé à l'assurance (ATFA non publié du 13 octobre 2005, I 457/05 consid. 2). En effet, il a été renoncé à la mesure d'observation professionnelle sans qu'une mise en demeure écrite n'ait été adressée au recourant, alors que si la mesure avait été menée à son terme elle aurait permis de récolter des éléments essentiels en vue du calcul du degré d'invalidité. Il convient ainsi d'annuler la décision entreprise, et de renvoyer le dossier à l'OAI afin qu'il complète l'instruction par une observation professionnelle, après avoir procédé conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA en adressant une mise en demeure écrite au recourant. A cet égard, et conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus (consid. 6), le Tribunal estime qu'il est, en l'espèce, indispensable que l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle exercent leurs tâches en étroite collaboration. Le recours sera ainsi partiellement admis. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est octroyée, à titre de dépens. Un émolument de 500 fr. est mis à charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Renvoie le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. 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 Thierry STICHER 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.