

GE_GERICHTE A/608/2007 vom 20. Juni 2007

GE Cour de justice, 2007-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_608_2007

FR: GE_GERICHTE A/608/2007 du 20 juin 2007

IT: GE_GERICHTE A/608/2007 del 20 giugno 2007

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.06.2007 A/608/2007

A/608/2007 ATAS/710/2007 du 20.06.2007 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 29.08.2007, rendu le 29.04.2008, REJETE, 9C_556/2007 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/608/2007 ATAS/710/2007 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 20 juin 2007 En la cause Monsieur B _____, domicilié, 1207 GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LOCCIOLA Maurizio recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur B _____, né le 1950, marié, père de deux enfants, a une formation en mécanique niveau troisième année acquise à l'Ecole des Arts et Métiers de Genève, un diplôme de miroitier-vitrier et une formation d'agent de sécurité accomplis en France. A l'âge de 21 ans, l'assuré est parti pour la France où il a passé dix ans dans la légion étrangère. Par la suite, il a exercé diverses activités en France, puis en Suisse où il est revenu dès 1994; agent de sécurité, portier de nuit dans un hôtel, gardien de nuit dans les foyers de l'X _____ du 3 décembre 1998 au 2 décembre 1999 dans le cadre d'un placement en emploi temporaire. Du 1^{er} septembre 2000 au 6 janvier 2001, l'assuré a travaillé comme chauffeur-livreur de nuit auprès de la Y _____ SA de Vésenaz, à raison de 44 heures par semaine pour un salaire de 3'450 fr. Souffrant d'une maladie de Ménière à gauche depuis décembre 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 15 novembre 2001, visant à l'octroi d'une rente. Dans un rapport adressé à l'OCAI en janvier 2002, le Dr A _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a indiqué que l'assuré souffrait d'une maladie de Ménière à gauche depuis décembre 2000. L'incapacité de travail est de 100% depuis le 15 décembre 2000. Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, le médecin a précisé que dans une activité adaptée, à savoir dans un milieu ambiant silencieux, une activité à plein temps serait éventuellement possible. La Dresse B _____, du SMR Léman, a établi un rapport d'examen en date du 22 juillet 2002, relevant que si la capacité de travail est de 0 % dans l'activité habituelle, elle est de 100 % dans une activité adaptée, à savoir plutôt sédentaire, dans un milieu silencieux, sans déplacement sur une échelle ou un échafaudage, ni de conduite de véhicule, ce dès le 31 janvier 2002. Elle proposait de mettre en route des mesures professionnelles au plus vite, s'il y a lieu. Dans un rapport du 6 novembre 2002, le Dr C _____ a posé les diagnostics de maladie de Ménière, hypoacousie de perception, vertiges à répétition, acouphènes et état dépressif réactionnel, entraînant des répercussions sur la capacité de travail. Il a précisé que l'hypoacousie se situe dans les fréquences basses et que le patient présente des séquelles bilatérales dans les fréquences aiguës à la suite d'anciens traumatismes acoustiques du travail. Il relève que le patient a vu un médecin pour

la première fois le 12 décembre 2000 pour ses problèmes ORL, qu'il a une fatigue importante et que la perte d'audition a été d'apparition rapide, avec des vertiges et des acouphènes. L'incapacité de travail est de 100% depuis le 8 décembre 2000 et l'état de santé de l'assuré s'aggrave. L'OCAI a ordonné une expertise psychiatrique de l'assuré et a mandaté le Dr . D _____, spécialiste FMH en psychiatrie, à cet effet. Dans son rapport d'expertise du 8 avril 2003, le Dr D _____ a posé les diagnostics d'atteinte auditive, maladie de Ménière et trouble de l'humeur de type dépressif, réactionnel, depuis décembre 2000. Dans l'appréciation du cas, il indique que l'assuré est totalement incapable de reprendre les diverses activités effectuées au cours des années en raison de ses atteintes à la santé et que le pronostic est très réservé, étant donné qu'il paraît difficile de trouver une activité qui tienne compte de ses atteintes. Seul un travail de conciergerie serait encore éventuellement possible. Sur le plan somatique et naturellement psychique, les limitations formulées par le Dr A _____ sont toujours valables et s'y ajoute un état dépressif réactionnel qui vient encore rendre plus aléatoires les possibilités de trouver un emploi adapté. Il considère que l'incapacité de travail est totale dès décembre 2000 et que l'assuré ne pourra s'adapter à son entourage que dans la mesure où il n'y aura pas de stimulation auditive excessive, ni d'épisodes de la maladie de Ménière. D'autres activités seraient exigibles, pour autant qu'un travail répondant aux conditions soit trouvé, que l'état dépressif soit bien contrôlé et qu'il n'y ait pas d'épisodes de Ménière. Dans ces conditions, un travail à 100% serait possible. Dans un courrier adressé à l'OCAI en date du 12 janvier 2004, l'assuré a exposé avoir subi plusieurs crises de Ménière sévères, après lesquelles il présente une période d'intense fatigue, d'impossibilité de se concentrer et ne supportant plus aucun bruit. Il a joint à son envoi copie d'un rapport établi par SOS MEDECINS à l'attention du Dr C _____ en date du 28 octobre 2003. Le Dr E _____, spécialiste FMH en otorhinolaryngologie, a effectué une expertise otoneurologique à l'assuré. Dans son rapport du 30 août 2004 à l'attention de l'OCAI, l'expert a conclu à un déficit cochléo-vestibulaire à gauche ainsi qu'une surdité neurosensorielle droite modérée (traumatismes acoustiques). Il indique que l'étiologie d'une maladie de Ménière reste toujours indéterminée et que plusieurs hypothèses sont discutées dans la littérature. Il relève que l'assuré a servi une dizaine d'années dans la légion étrangère, période pendant laquelle il dit avoir été victime de traumatismes acoustiques par explosions. Ce qui frappe toutefois chez le patient, c'est l'évolution de sa maladie, il décrit toujours des crises de vertiges importantes avec une atteinte auditive subjective marquée. Cependant, son audition reste normale dans les fréquences graves, ce qui est curieux pour une maladie qui évolue de façon sévère depuis plus de trois ans. Par contre, il y a clairement une aggravation de la surdité à gauche dans les fréquences aiguës par rapport aux audiogrammes de 2001. Il y a aussi actuellement les signes d'une atteinte vestibulaire à gauche, alors que les examens vestibulaires cliniques réalisés par le Dr A _____ étaient qualifiés de normaux. L'expert indique qu'il n'y a pas de traitement curatif de la maladie de Ménière. Dans l'appréciation du cas, le Dr E _____ indique que le pronostic est très réservé chez le patient, compte tenu des crises de vertiges qu'il décrit, de l'impossibilité de supporter le moindre bruit et du fait qu'il se sent totalement incapable de la moindre activité. Sur le plan physique, psychique et mental, aucune activité demandant une écoute attentionnée ou exposant le patient à un risque de chutes ou de traumatismes divers ne peut être envisagée. En conséquence, les différentes activités exercées jusqu'ici ne peuvent plus être envisagées chez le patient. Seule une activité au sol, dans une ambiance calme, peut être envisagée. Pour autant que l'on retienne le diagnostic de maladie de Ménière, il est très difficile de fixer une capacité de

travail. En effet, la survenue des crises est en règle générale totalement aléatoire et les choses ne sont pas prévisibles. On pourrait peut-être envisager un travail de conciergerie, à quelques heures par jour. Il y a clairement une diminution du rendement qu'il est difficile de fixer compte tenu du caractère aléatoire de l'évolution. Sur proposition de la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI, un stage COPAI d'une durée de quatre semaines a été organisé au Centre d'intégration professionnelle (CIP), du 7 février au 6 mars 2005. Dans le rapport COPAI du 23 mars 2005, le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine interne, relève que sur le plan physique, la capacité de travail est entière, quelle que soit l'activité envisagée. L'assuré est cependant gêné considérablement par une probable maladie de Ménière. Durant le stage effectué au COPAI, il n'a pas eu de crise; il est donc difficile de tirer des conclusions de ce stage, puisque la capacité de travail observée a été excellente, à condition que l'environnement soit silencieux, mais elle reste complètement dépendante des crises imprévisibles. Les seules conclusions possibles sont que l'assuré a une capacité de travail de 100% dans un environnement silencieux, vraisemblablement intermittente, de manière aléatoire et devrait donc avoir un employeur averti et parfaitement tolérant pour la mettre en valeur. Dans ses conclusions du 23 mars 2005, le responsable de la réadaptation professionnelle du COPAI relève que les excellents résultats obtenus sont expliqués par le fait que l'assuré n'a pas eu de crise nécessitant une période d'absence. Malgré tout, les maîtres de stage ont toujours cherché à adapter l'environnement afin de le rendre le moins bruyant possible et ont été parfois obligés d'interrompre l'activité par manque de possibilité d'adaptation. Dans ce contexte, la capacité médicalement attestée de 50% peut être mise en valeur dans les domaines professionnels de magasinage léger, nettoyage en milieu hospitalier, etc. Une période d'adaptation sous la forme d'une mise au courant en entreprise sera nécessaire et permettra ainsi à l'assuré de produire un rendement normal sur un temps partiel qui devra être adapté en fonction des crises. Dans un rapport du 19 avril 2005, la réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé à une comparaison des gains aboutissant à un degré d'invalidité de 53%, compte tenu d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée et d'un abattement de 15 %. Elle a par ailleurs relevé que lors de l'entretien du 18 avril 2005, l'assuré a exprimé clairement le fait qu'il ne se sentait pas apte à reprendre une quelconque activité professionnelle, de sorte que des mesures d'ordre professionnel ne sauraient être entreprises. Dans un avis du 10 mai 2006, le SMR Suisse Romande a admis une incapacité de travail totale du 15 décembre 2000 à novembre 2001, date à laquelle des mesures de réadaptation auraient pu être mises en place. Il se fonde sur l'expertise ORL de 2004 qui fait état de crises de vertiges occasionnelles et d'une aggravation des tests ce qui pouvait justifier une baisse de la capacité de travail estimée alors à 50 %. Lors du stage de 2005, l'assuré n'a pas eu de crise de vertiges et ainsi, dans un poste adapté, la capacité de travail est estimée à 100 % par le Dr F_____. La situation s'est ainsi améliorée entre 2004 et 2005, suite à l'aggravation transitoire entre août 2004, date de l'expertise, à février 2005, date du stage COPAI. Le médecin du SMR a relevé que dans la maladie de Ménière, il est habituel que les crises vont en s'atténuant au cours des années et devenir de plus en plus espacées et, par conséquent, de moins en moins handicapantes. En comptant largement, la baisse de rendement atteint au plus de 20 à 25 % certains mois par rapport à un plein temps et dans un poste adapté où les contraintes sont moindres, telle que la conciergerie, la baisse de rendement serait de 5 à 10 %. La réadaptation professionnelle a repris le dossier et, se fondant sur l'avis du SMR, a procédé à une nouvelle comparaison des revenus pour l'année 2001. Dans son rapport du 31 mai 2006, elle conclut à un degré d'invalidité de 2,7%. En revanche, entre août 2004 et février 2005, la capacité de travail a

été de 50% suite à une aggravation transitoire, entraînant une perte économique de 51%. Le 7 juin 2006, l'OCAI a notifié à l'assuré un projet d'acceptation de rente, aux termes de laquelle une demi-rente lui est accordée pour la période du 1^{er} août 2004 au 1^{er} mai 2005. Le 10 juillet 2006, l'assuré a contesté ce projet de décision. Par décision du 18 janvier 2007, l'OCAI a accordé à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1^{er} août 2004 au 30 avril 2005, pour un degré d'invalidité de 51%, assortie de rentes complémentaires pour enfants. Dès le 1^{er} mai 2005, l'OCAI considère que sa capacité de travail s'est améliorée dans un poste adapté tel que signalé à l'issue du stage d'observation de février 2005, dans une mesure excluant tout droit à une rente. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré interjette recours le 19 février 2007. Il conteste la décision de l'OCAI, relevant d'une part que, contrairement à ce que les maîtres du stage du COPAI indiquent, durant la période du stage, il a eu deux crises. D'autre part, il soutient que les appréciations des Drs CLAIVAZ et F_____ sont contraires aux constatations faites par le Dr E_____ ainsi qu'à celles des maîtres de réadaptation du COPAI. Ainsi, selon l'expert, il y a une aggravation de la surdité gauche dans les fréquences aiguës et une atteinte vestibulaire gauche, alors que les examens pratiqués par le Dr A_____ qui l'a suivi jusqu'en 2002 étaient qualifiés de normaux. Il relève aussi que l'expert a bien indiqué qu'il était très difficile de fixer une capacité de travail, au vu notamment de la survenance des crises qui est totalement aléatoire. Or, selon l'expert, dans une activité adaptée, c'est-à-dire dans un milieu silencieux, une capacité de travail pourrait être envisagée pendant quelques heures par jour, mais avec une diminution du rendement qu'il est difficile de fixer. Enfin, il fait valoir que le Dr D_____, médecin psychiatre, a diagnostiqué un trouble de l'humeur de type dépressif réactionnel, ce qui rend encore plus aléatoire pour lui les possibilités de trouver un emploi adapté. Il signale aussi que le CIP, s'il a mentionné avoir obtenu de très bons résultats, a tout de même signalé qu'il a toujours dû chercher à adapter l'environnement et que les maîtres de stage ont dû parfois interrompre l'activité, par manque de possibilité d'adaptation. Ainsi, le COPAI retenait que la capacité médicalement attestée de 50% pouvait être mise en valeur, en insistant sur le fait qu'une période d'adaptation sous la forme d'une mise au courant entreprise serait nécessaire. Le recourant reproche à l'OCAI de s'être fondé sur une appréciation de son médecin qui est en totale contradiction avec les rapports d'expertise des Drs E_____ et D_____ ainsi qu'avec les constatations du COPAI. Il conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2005. Dans sa réponse du 2 avril 2007, l'OCAI persiste dans ses conclusions et propose le rejet du recours. Cette écriture a été communiquée au recourant en date du 4 avril 2007. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). 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 de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la

nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). Cela étant, la LPGA et la 4^{ème} révision de l'AI n'ont modifié ni la notion d'invalidité, ni la manière d'évaluer le taux d'invalidité, ni les conditions permettant de fixer le début du droit à la rente ou de modifier ce droit (ATF 130 V 343, 393; arrêt I. du 5 septembre 2005, I 603/04, consid. 5). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a supprimé la demi-rente d'invalidité qu'elle a accordée au recourant pour la période du 1^{er} août 2004 au 30 avril 2005. Il convient en conséquence d'examiner si l'état de santé du recourant s'est amélioré ou s'il a recouvré une capacité de gain dans une mesure justifiant la suppression de sa demi-rente. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid.). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88 a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) 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. 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. 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 l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le

degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). Enfin, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). 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 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). Ces 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). Par ailleurs, 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). En l'espèce, depuis l'apparition d'une maladie de Ménière en décembre 2000, le recourant présente une perte auditive, des acouphènes, des vertiges ainsi qu'un état dépressif réactionnel qui ne lui permettent plus d'exercer son ancienne activité. Selon le Dr A _____, le recourant pourrait éventuellement exercer une activité à plein temps, dans une activité adaptée, à savoir dans un milieu ambiant silencieux. Le Dr D _____ considère, au vu de l'atteinte somatique et psychique, que pour autant qu'un travail répondant aux conditions soit trouvé, que l'état dépressif soit bien contrôlé et qu'il n'y ait pas d'épisodes de Ménière, un travail à 100 % serait possible. Le Dr E _____, dans son rapport d'expertise du 30 août 2004, relève une aggravation de la surdité à gauche par rapport aux audiogrammes de 2001, ainsi que des signes d'une atteinte vestibulaire à gauche, alors que les examens pratiqués par le Dr A _____ étaient normaux. Sur le plan physique et mental, aucune activité demandant une écoute attentionnée ou exposant le patient à un risque de chutes ou de traumatismes divers ne peut être envisagée. Seule une activité au sol, dans une ambiance calme peut être exercée. Le Dr E _____ indique qu'il est très difficile de fixer une capacité de travail, étant donné que la survenue des crises est en règle générale totalement aléatoire et imprévisible. Un travail de conciergerie, quelques heures par jour, pourrait être envisagé, avec une diminution du

rendement qu'il est difficile de fixer. S'agissant de l'état dépressif réactionnel, le Dr D_____ explique que s'il est bien contrôlé, une activité à plein temps serait possible, pour autant que l'on puisse trouver un emploi adapté respectant les limitations dues à la maladie de Ménière. Lors du stage COPAI effectué sur une période de quatre semaines à plein temps, il a été observé d'excellents résultats, mais dans un environnement adapté afin de le rendre le moins bruyant possible. En atelier, le rendement sur la première quinzaine a été de 84 % sur 4,5 heures et de 78 % la deuxième quinzaine sur 4 heures. Le recourant a une résistance suffisante pour travailler à plein temps, sauf si des machines fonctionnent, auquel cas il est très gêné et montre alors des signes d'épuisement. Il ne peut pas porter de casque antibruit, à cause des acouphènes. Les capacités de l'assuré sont compatibles avec un emploi dans le domaine tertiaire exclusivement, car l'activité doit impérativement se trouver dans un environnement exempt de machines ou d'installations pouvant générer des bruits, même minimes, ce qui exclut complètement le secteur industriel. Selon les maîtres de stage, la capacité de travail médicalement attestée de 50 % est exploitable dans le milieu économique ordinaires, avec un plein rendement, dans des activités aménagées en temps, telles que magasinage léger, nettoyage en milieu hospitalier, employé dans la mise en rayon, aide-magasinier, agent des pompes funèbres, employé de station service et dans le secteur administratif (saisie informatique, classement). Lors de l'entretien de bilan de la mesure COPAI, le recourant a déclaré que l'occupation soutenue ainsi que les bruits dans l'atelier avaient provoqué une grande fatigue nerveuse et que rentré à la maison, il devait se reposer, ainsi que durant tout le week-end. Le Dr F_____, médecin du COPAI, relève que le recourant ne souffre d'aucun déficit moteur ou articulaire et que sa capacité de travail est entière sur le plan physique, ce dans un environnement silencieux. Il ajoute que la capacité de travail dépend également des crises, qui sont totalement imprévisibles. Au vu de ce qui précède, si l'aggravation de l'état de santé retenue par le SMR en 2004 est admissible, au vu du rapport du Dr E_____ attestant une aggravation de la surdité et une atteinte vestibulaire, ainsi que des épisodes sévères de la maladie de Ménière décrites par le recourant, force est de constater que le stage COPAI a mis en évidence, en février 2005, une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations, quoi qu'en dise le recourant. En effet, malgré deux crises dont il a été victime en février 2005, une pour la période du 17 février au 20 février 2005 et l'autre le 24 février 2005, seuls deux jours de travail ont été manqués. Il s'agit-là, sinon d'une amélioration de l'état de santé, à tout le moins d'une stabilisation, avec des crises moins fréquentes, ce qui a permis au recourant de recouvrer une capacité de travail et d'accomplir le stage avec de très bons résultats. Enfin, contrairement aux déclarations des maîtres de stage du COPAI, les constatations médicales du Dr F_____ retiennent que le recourant peut travailler à plein temps dans une activité adaptée, soit dans un milieu silencieux, ce à quoi les Dr A_____, D_____ et le SMR avaient également conclu. Au surplus, rien n'indique que l'état de santé du recourant ne subisse, dans un avenir proche, des complications. Aussi bien, le Tribunal considère-t-il avec l'intimé qu'il se justifie de retenir une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 10 % pour tenir compte des crises, de la fatigabilité et de l'état dépressif. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant. 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). Quant au revenu de la personne valide, il se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. Il convient de rappeler que 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 222 et 128 V 174). En l'occurrence, le moment déterminant pour l'ouverture du droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité se situe au mois de décembre 2001 (art. 29 al. a LAI). Selon les documents figurant au dossier, en 2001 le recourant aurait réalisé en tant que chauffeur-livreur un gain de 3'450 fr. par mois, soit un gain annuel de 44'850 fr. (3'450 x 13). Quant au revenu d'invalidité, il convient de se fonder sur une activité adaptée de substitution que pourrait exercer le recourant, à savoir le salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, soit, en 2000, 4'437 fr. par mois ou annuellement 53'244 fr. (Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, [ESS], p. 31, TA1). En effet, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont adaptées à l'état de santé du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2000 (41,8 heures; La Vie économique, 7/8 2005, p. 98, B 9.2), ce montant doit être porté à 55'640 fr. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour l'année 2001 (indice 2011, La Vie économique 7/8 2005, tableau B10.3 p. 99), on obtient un revenu annuel de 57'000 fr. et de

51'300 fr. pour un rendement de 90 %. Or, même en appliquant une réduction maximale de 25 % (soit un revenu d'invalidé de 38'475 fr.) afin de tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles, notamment de l'âge du recourant, du fait que l'activité doit se dérouler dans un environnement silencieux, la comparaison des gains fait apparaître un degré d'invalidité de 14,21 %, insuffisant pour pouvoir bénéficier d'une rente. En conséquence, c'est à bon droit que l'intimé a supprimé la demi-rente du recourant, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI. En revanche, le recourant peut demander une aide au placement, conformément à l'art. 18 al. 1 LAI, en sa nouvelle teneur en vigueur au 1er janvier 2004, dont il convient de rappeler que la nouvelle formulation a étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement (SVR 2006 IV Nr. 45 consid. 4.2 p. 164 [I 427/05]; arrêt B. du 22 septembre 2005 [I 54/05]). Mal fondé, le recours doit être rejeté. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette dans le sens des considérants. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis 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); 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 Sylvie CHAMOIX La présidente Juliana BALDE 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.