

GE_GERICHTE A/874/2010 vom 12. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_874_2010

FR: GE_GERICHTE A/874/2010 du 12 mai 2010

IT: GE_GERICHTE A/874/2010 del 12 maggio 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 12.05.2010 A/874/2010

A/874/2010 ATAS/509/2010 du 12.05.2010 (AI) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 22.06.2010, rendu le 10.02.2011, ADMIS, 9C_534/2010 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/874/2010 ATAS/509/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 5 du 12 mai 2010 En la cause Monsieur A_____, domicilié au GRAND-SACONNEX, représenté par CARITAS GENEVE, Monsieur Alexandre SCHMID recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1979 et suisse d'origine somalienne, est arrivé en Suisse en 1993. Il y a travaillé comme palefrenier, aide de cuisine, nettoyeur et, en dernier lieu, en qualité d'ouvrier emballer auprès de X_____ SA du mois d'avril 2004 au 23 décembre 2006, date à laquelle il a subi un arrêt de travail. Dans son préavis médical du 4 décembre 2003, le Dr L_____, généraliste et médecin-conseil de l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (ci-après l'OCE), a déclaré que l'assuré souffrait d'une affection chronique. Il pouvait encore travailler à 100%, mais devait notamment éviter les activités sollicitant la colonne vertébrale par des mouvements de flexion-extension répétitifs du tronc ou requérant des ports de charges supérieures à 15kg ou une position statique verticale prolongée au-delà de trois ou quatre heures. Une activité dans la restauration ne semblait médicalement pas appropriée. Ce médecin a enfin fait observer que l'état de santé était encore précaire et demandait une prise en charge thérapeutique adéquate. Le 12 février 2007, une IRM lombaire a été pratiquée. Selon le rapport y relatif du 13 suivant, l'assuré présentait un canal lombaire constitutionnel relativement étroit, une protrusion discale L4-L5, sans image d'hernie ni effet compressif sur les racines. Le 16 février 2007, le Dr M_____, généraliste FMH, a attesté que l'assuré souffrait de lombalgies récidivantes sur troubles statiques dus à une bascule du bassin, avec une protrusion discale L4-L5. Il suivait de la physiothérapie avec un traitement conservateur et portait des semelles spéciales pour corriger la bascule. Il devait éviter tout travail pouvant provoquer une surcharge du dos. En date du 20 avril 2007, l'assuré a été réexaminé par Dr L_____, lequel a confirmé que sa capacité de travail était entière dans toute activité lucrative respectant ses limitations fonctionnelles qui concernaient principalement le maintien de la même position plus de quatre heures d'affilée, l'inclinaison du buste, les mouvements répétitifs du dos, le travail en hauteur, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente, ainsi que le port de charges de plus de 10kg. Le 23 janvier 2009, le Dr N_____ a certifié que son patient souffrait de lombalgies chroniques. Sa capacité de travail était de 100% dans une activité sans port de charges de plus de 5kg, ni mouvements répétitifs du rachis et station debout prolongée. Le 27 avril 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de

l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI ou l'intimé), actuellement OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, précisant qu'il souhaiterait bénéficier d'une formation adaptée à ses problèmes de santé, afin d'être en mesure de travailler dans une profession adaptée. Il a indiqué souffrir de lombalgies récidivantes, de troubles statiques et d'une scoliose et a relevé avoir également essayé de trouver une activité adaptée. Toutefois, comme il présentait d'importantes douleurs après quelques semaines, ses employeurs résiliaient les rapports de travail. Par rapport du 8 mai 2009, le Dr O_____ a posé les diagnostics de lombalgies communes, de côlon instable et de hernie hiatale, diagnostics existant depuis plusieurs années, et a relevé que sa capacité de travail était entière dans sa précédente activité sans diminution de rendement. D'après lui, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et les lombalgies évoluaient de manière favorable. Dans un rapport du 12 mai 2009, le Dr P_____, spécialiste en médecine interne, a signalé avoir examiné l'assuré en date du 7 avril 2009 et a retenu le diagnostic de lombalgies communes depuis 1994. Par questionnaire du 12 juin 2009, X_____ SA, dernier employeur de l'assuré, a déclaré que, sans atteinte à la santé, son salaire mensuel aurait été actuellement de 4'000 fr. Il a expliqué que l'assuré travaillait principalement debout et en marchant, qu'il lavait des caisses de contrôle, contrôlait et rangeait les stocks et effectuait des tâches à l'extérieur du bâtiment (poubelles, etc.). Rarement, il devait soulever des charges de 2,7kg et jamais de charges plus lourdes. Par rapport du 3 juillet 2009, les Drs N_____, généraliste, et Q_____, spécialiste FMH en chirurgie, ont posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique, de lombalgie chronique sur canal lombaire étroit et protrusion discale, de syndrome dyspepsique et d'état anxio-dépressif, diagnostics ayant tous des répercussions sur la capacité de travail. Il présentait des limitations fonctionnelles dans les activités impliquant la position debout ou principalement en marchant, penchée, accroupie ou à genoux, la rotation en position assise ou debout, le travail en hauteur, le port de charges de plus de 7kg, ainsi que les efforts physiques importants. L'assuré présentait une entière capacité de travail dans son activité précédente et pouvait immédiatement reprendre une telle activité. Il devait toutefois éviter des efforts physiques importants. En date du 17 août 2009, l'assuré a subi une opération d'incision cervico-prostatique unilatérale. Par rapport du 25 août 2009, les médecins du Service d'urologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) ont posé le diagnostic de dyssynergie cervico-détrusorienne évolutive depuis deux ans et ont prescrit un arrêt de travail du 14 août au 1^{er} septembre 2009 inclus. Par rapport du 28 août 2009, le Dr R_____, spécialiste FMH en gastroentérologie et hépatologie, a retenu un canal lombaire étroit et une protrusion discale L4-L5, diagnostics existant depuis le 29 mars 1999 et ayant une répercussion sur la capacité de travail, et une scoliose dorsolombaire qui était également présente depuis le 29 mars 1999. Il a considéré que l'incapacité de travail de l'assuré était totale dès le 8 janvier 2007 et que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables. L'assuré devait éviter les positions assise et debout plus de quatre heures par jour, les activités effectuées principalement en marchant et avec les bras au dessus de la tête, la position penchée, accroupie ou à genoux, la rotation en position assise et debout, le travail en hauteur et le port de charges de plus de 5kg. Par rapport du 29 septembre 2009, le Dr S_____, médecin interne auprès du Service de médecine de premier recours des HUG, a posé les diagnostics de lombalgie basse non-déficitaire existant depuis 10 ans et ayant une répercussion sur la capacité de travail et de reflux gastro-œsophagien. D'après lui, l'activité habituelle ne pouvait plus être exercée, car l'assuré était incapable de porter des charges lourdes. En revanche, la reprise d'une activité

professionnelle à plein temps était exigible et les limitations fonctionnelles concernaient le port de charges de plus de 10kg et les activités que l'assuré devait principalement exercer en marchant. Par avis du 3 décembre 2009, la Dresse T _____, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a estimé qu'au vu des divers rapports médicaux, l'assuré présentait une entière capacité de travail dans une activité adaptée avec épargne rachidienne et alternance des positions, sans port répétitif de charges de plus de 10kg ni position en porte-à-faux. L'activité adaptée devrait être traduite en termes de métier par le spécialiste de réadaptation. En date du 7 décembre 2009, un collaborateur de l'OAI a procédé à la comparaison des revenus de l'assuré et a conclu à un degré d'invalidité nul. Le 10 décembre 2009, ce collaborateur a également retenu qu'une mesure d'ordre professionnelle n'était pas envisageable, attendu que le degré d'invalidité de l'assuré était inférieur à 20% et que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée, soit, par exemple, dans le domaine de l'industrie, le conditionnement léger, la vente, la télésurveillance, activités ne nécessitant pas de formation spécifique. Le 17 décembre 2009, l'OAI a signifié à l'assuré un projet de refus de prestations. Il a estimé que celui-ci ne pouvait plus exercer son activité précédente, mais que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'un certain nombre d'activités, pouvant être exercées eu égard à son état de santé et ne nécessitant pas de qualification particulière, existaient sur le marché équilibré du travail. La comparaison des revenus de l'assuré faisant ressortir un degré d'invalidité nul, il n'avait pas de droit à des prestations. Par décision du 8 février 2010, l'OAI a confirmé ce projet de décision, précisant que dans la mesure où le degré d'invalidité de l'assuré était inférieur à 20%, il ne pouvait pas entrer en matière sur des mesures de reclassement. Par acte du 10 mars 2010, l'assuré a interjeté recours contre ladite décision, par l'intermédiaire de son conseil, sollicitant l'octroi d'une mesure de réadaptation professionnelle ou d'une demi-rente d'invalidité et concluant également à la mise en œuvre d'une instruction complémentaire. Il a notamment fait valoir qu'il y avait lieu de tenir compte du rapport du Dr R _____, lequel estimait qu'une reprise de l'activité professionnelle n'était pas attendue et dressait une longue liste de limitations fonctionnelles. Par réponse du 12 avril 2010, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a notamment admis que les lombalgies présentées par le recourant engendraient un certain nombre de limitations fonctionnelles. De plus, il a soutenu que, bien que les différents médecins ne concordaient pas sur l'étendue de ces limitations, ils ont tous conclu que le recourant présentait une entière capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations constatées, lesquelles tenaient toujours compte des atteintes au rachis. Enfin, les éléments du dossier permettant de statuer en pleine connaissance de cause sur son état de santé, des mesures d'investigation complémentaire n'étaient pas nécessaires. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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. Le 1^{er} janvier 2008 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI). Elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p.

4 et les arrêts cités). Avant cette date, les dispositions légales s'appliquent dans leur ancienne teneur. Cela étant, s'agissant de l'évaluation de l'invalidité et de l'échelonnement des rentes, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322). La cinquième révision a en revanche modifié les règles relatives à la naissance du droit à la rente, qui, pour autant que les conditions du droit soient réunies (art. 28 al. 1 LAI), prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (cf. ATF non publié du 28 août 2008, 8C_373/08, consid. 2.1). Cette règle n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé avant le 1^{er} janvier 2008 et est échu durant l'année 2008, à condition que la demande soit déposée le 31 décembre 2008 au plus tard (cf. Lettre-circulaire n° 253 de l'OFAS, du 12 décembre 2007, La 5^{ème} révision de l'AI et le droit transitoire). En l'espèce, dans la mesure où, d'après les déclarations du dernier employeur du recourant, celui-ci a subi un arrêt de travail en décembre 2006 et que le délai d'attente d'une année de l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) est échu avant le 1^{er} janvier 2008, ce sont les anciennes dispositions qui s'appliquent. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). La question litigieuse est celle de savoir si c'est à juste titre que le recourant s'est vu refuser toute prestation, soit une rente et une mesure d'ordre professionnel. Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, 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. D'après l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et

l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). c) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). a) En l'espèce, les Drs N_____ et Q_____ ont retenu, en juillet 2009, un syndrome douloureux chronique, des lombalgies chroniques sur canal lombaire étroit et protrusion discale. Ils ont considéré que le recourant présentait une entière capacité de travail dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient essentiellement liées à ses atteintes lombaires, concernaient les activités exercées en position debout ou principalement en marchant, le fait de se pencher, la position accroupie ou à genoux, la rotation en position assise ou debout, le travail en hauteur, le port de charges de plus de 7kg, ainsi que les efforts physiques importants. Plus de deux ans avant ce rapport, le médecin-conseil de l'OCE avait déjà conclu à une capacité de travail identique et à des limitations fonctionnelles similaires à celles retenues par les médecins précités. Le rapport du 8 mai 2009 du Dr O_____, lequel était le médecin traitant du recourant depuis 2002, confirme également l'entière capacité de travail du recourant. A noter que ce médecin n'a même pas retenu de limitations fonctionnelles. Quant au Dr S_____, il a estimé, dans son rapport du 29 septembre 2009, que le recourant ne pouvait plus travailler dans sa précédente activité. Toutefois, il était capable d'exercer une activité adaptée, en évitant les tâches exercées principalement en marchant et le port de charges de plus de 10kg. Les constatations de ce médecin rejoignent ainsi celles des Drs N_____ et Q_____. Au vu de tous ces rapports concordants, le médecin du SMR a déterminé que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec épargne rachidienne, alternance des positions et sans port répétitif de charges de plus de 10 kilogrammes ni position en porte-à-faux. Le seul rapport qui ait été écarté par le médecin du SMR est celui du Dr R_____, qui a une opinion contraire à celle de tous les autres médecins qui se sont prononcés sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant. Ce médecin a en effet considéré que les atteintes lombaires de celui-ci ne lui permettaient plus d'exercer une activité lucrative depuis le 8 janvier 2007 et qu'on ne pouvait pas s'attendre à la reprise d'une telle activité. Cependant, force est de constater que ce médecin, lequel est spécialiste en gastroentérologie et hépatologie, a vraisemblablement dû recevoir le recourant pour des

troubles gastriques (not. hernie hiatale mise en exergue par le Dr O _____ ou syndrome dyspepsique par les Drs N _____ et Q _____) et non pour des troubles lombaires, de sorte que son appréciation ne saurait remettre en cause les conclusions concordantes de tous les autres médecins ayant examiné le recourant. C'est ainsi à juste titre que son appréciation n'a pas été prise en considération par le médecin du SMR. Sur la base des rapports précités, il y a lieu de retenir que le recourant ne peut plus travailler dans les activités qu'il a exercées précédemment, à savoir comme palefrenier, aide de cuisine, nettoyeur et comme ouvrier chez X _____ SA. En effet, ces activités exigent essentiellement la position debout, voire la marche, ce qui est déconseillé au recourant. Par contre, dans une activité adaptée, respectant ses limitations fonctionnelles liées à ses troubles lombaires, il présente une entière capacité de travail. Il y a ainsi lieu d'établir son degré d'invalidité. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide 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 75 consid. 3b). 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global 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 75 consid. 5). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). En l'occurrence, en ce qui concerne le revenu sans invalidité, l'intimé s'est, à juste titre, fondé sur les données communiquées par le dernier employeur du recourant en date du 12 juin 2008. Quant au revenu d'invalide, c'est également à raison que l'intimé l'a déterminé sur la base des données statistiques, attendu que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative depuis décembre 2006. Rien ne permettant de remettre en cause le calcul de l'intimé, il doit être confirmé. Partant, le degré d'invalidité du recourant est nul, de sorte qu'il ne peut prétendre à une rente d'invalidité. Le recours sera ainsi rejeté sur ce point. Reste à déterminer si le recourant peut être mis au bénéfice d'une mesure d'ordre

professionnel. a) À teneur de l'art. 8 al.1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Conformément à l'art. 8 al. 1 bis LAI, le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). b) Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1 er). D'après l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1 er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). Par ailleurs, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé (RCC 1988 p. 266 consid. 1). L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, CMRP, p. 16, no 2001 et 2002). Dans un récent arrêt no 9C_882/2008 du 19 octobre 2009, le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 s. LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (Arrêt du Tribunal fédéral I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 206; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, ad Art. 15 IVG). Point n'est en principe besoin de présenter une perte de gain pour bénéficier d'une telle mesure (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). a) En l'espèce, il a été établi que le degré d'invalidité du recourant est nul. Il ne saurait ainsi prétendre à une mesure de reclassement professionnel, attendu qu'une telle mesure requiert un degré d'invalidité d'au moins 20%.

b) Cependant, le recourant ne peut plus exercer ses activités précédentes, soit celle de palefrenier, d'aide de cuisine, de nettoyeur ou d'ouvrier emballeur, en raison de ses atteintes au dos. Celles-ci limitent ainsi le choix d'une activité professionnelle. Par ailleurs, il ressort du dossier que le recourant est motivé pour débiter une nouvelle activité lucrative. En effet, déjà dans sa demande de prestations, il a exposé qu'il souhaitait trouver une solution pour exercer une activité adaptée à ses problèmes de santé. Il a également mis en exergue avoir essayé de trouver une telle activité, mais qu'il présentait d'importantes douleurs après quelques semaines, de sorte que ses contrats de travail étaient résiliés. De surcroît, le recourant n'est âgé que de 30 ans et a encore toute sa vie professionnelle devant lui. Il convient ainsi de constater que le recourant remplit les conditions légales pour bénéficier d'une mesure d'orientation professionnelle, laquelle lui permettra d'établir un bilan de compétence et d'apprendre à cibler les activités réalisables. Il est à relever à cet égard que cela a également été préconisé par la Dresse T_____, dans son avis médical du 30 novembre 2009, où elle a indiqué que l'activité adaptée devrait être déterminée par un spécialiste en réadaptation. Dans le cadre de cette mesure, l'intimé pourra organiser des stages pratiques, mettre en place un examen plus étendu dans des centres spécialisés de formation professionnelle ou de réadaptation, sur le marché de l'emploi ou dans des centres d'observation professionnelle (CMRP, p. 16, no 2003). A l'issue de cette mesure, le recourant pourra déterminer les activités qui lui restent ouvertes. Partant, le recours sera partiellement admis et le recourant mis au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle. L'intimé sera condamné à verser au recourant une indemnité de 500 fr. à titre de dépens. Au vu de l'issue du recours, l'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé (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. Annule la décision du 8 février 2010, en ce qu'elle a refusé au recourant toute mesure d'ordre professionnel, et la confirme pour le surplus. Octroie au recourant une mesure d'orientation professionnelle. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 500 fr. à titre de dépens. Met un émoulement de 200 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 Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER 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.