

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1146/2010

ATAS/1243/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 30 novembre 2010

En la cause

Monsieur T _____, domicilié à Genève

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI-WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et
Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur T_____, né en 1970, en Suisse depuis septembre 1995, a déposé auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI) une demande visant à l'octroi d'une rente d'invalidité, alléguant souffrir de problèmes psychiques et physiques et de toxicomanie depuis 1987.
2. Dans un rapport du 23 janvier 2003, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne travaillant au sein de la Fondation Phénix, a indiqué à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail une personnalité dépendante, des traits de personnalité dyssociale et émotionnellement labile, et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, actuellement sous substitution, et liés à l'utilisation de cocaïne et d'une hépatite virale chronique C. Le médecin n'a fourni aucune indication quant au taux d'incapacité éventuelle de travail, étant précisé que la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

Dans un courrier annexé au formulaire, le médecin décrit très précisément l'anamnèse, les plaintes subjectives, les constatations objectives et le pronostic. Il rappelle par ailleurs que le patient n'a plus eu d'activité professionnelle depuis de nombreuses années et précise que la répercussion d'atteintes à la santé sur l'exercice d'une activité est majeure. Selon le médecin, il n'est pas exigible de l'assuré qu'il exerce une activité quelle qu'elle soit, ajoutant qu'

"au vu de son évolution et de l'examen clinique, il est incontestable que *l'assuré* souffre de troubles de personnalité dépendante particulièrement profonds. A plusieurs reprises, il lui a été proposé de travailler dans le cadre d'ateliers avec fort soutien psycho-éducatif. Malheureusement, l'ensemble de ces tentatives se sont soldées par des échecs en raison du manque de régularité, de l'absentéisme et de l'incapacité de fournir un travail d'une qualité minimale. Il a été chaque fois constaté que l'assuré était anosognosique en ce qui concerne ses propres limitations, convaincu qu'il était de donner satisfaction. La seule expérience positive de ces dernières années a été son passage au Foyer André où il s'est plu et où, grâce aux principes du résidentiel et de la vie communautaire, il a pu s'insérer de façon relativement harmonieuse dans l'institution. Actuellement, le patient arrive à maintenir un logement indépendant grâce à un appui continu de son assistante sociale et de la Fondation Phénix. Il est incapable de fournir un travail générant une capacité de gain et tente de maîtriser tant que faire se peut ses pulsions de consommation de cocaïne. En raison des troubles de personnalité qu'il a développés dès l'adolescence, *l'assuré* n'est actuellement pas insérable dans le monde du travail, il ne peut fournir une activité génératrice d'une capacité de gain quelconque comme

l'ont prouvé les différentes tentatives d'insertion qui ont régulièrement échoué. Les dernières données en matière d'usage d'ecstasy nous permettent d'émettre l'hypothèse que la prise de ce produit a pu contribuer à déstructurer sa personnalité ainsi que cela a été démontré dans plusieurs cas similaires. En conclusion, je dirais que ce patient ne peut pas profiter de mesures professionnelles car il n'a pas les compétences psychologiques, sociales et cognitives qui lui permettrait d'accéder à une réinsertion effective par ces mesures. Par ailleurs, il est incapable de s'insérer dans une activité professionnelle normale."

Dans le questionnaire en vue de toxicomanie, le médecin a répondu que celle-ci était la conséquence de troubles de personnalité dépendante, existant depuis l'adolescence, ajoutant que la prise régulière d'ecstasy a pu aboutir à l'aggravation des signes et des symptômes préexistants (troubles de personnalité).

3. Relevant qu'un simple diagnostic de personnalité dépendante n'était pas en soi constitutif d'une maladie invalidante d'une part, et qu'il n'était pas clairement démontré que la toxicomanie soit secondaire d'autre part, le Docteur B_____ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (SMR) a préconisé de soumettre l'assuré à une expertise psychiatrique.
4. Celle-ci a été confiée au Dr C_____.
5. Par courrier du 11 juin 2004, le Dr C_____ a informé l'OAI que l'assuré ne s'était ni présenté aux rendez-vous, ni excusé.
6. Après avoir adressé à celui-ci une sommation de prendre contact avec le Dr C_____ en date du 22 juin 2004, l'OAI lui a notifié une décision le 29 novembre 2004, aux termes de laquelle sa demande était rejetée.
7. Le 2 octobre 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Il avait été hospitalisé du 14 juillet au 2 août 2008 pour un status après myosite bactérienne de l'avant bras droit avec abcès et nécrose étendue de la loge des muscles fléchisseurs traités par lavage et débridements itératifs, puis excision de la nécrose musculaire s'étendant à tous les fléchisseurs (supérieurs et profonds) les 13, 15, 20 et 25 mai 2008, ainsi que la couverture cutanée de lambeaux de Mc Gregor de l'avant bras le 29 mai 2008 et excision de celui-ci le 26 juin 2008, puis pose d'un fixateur externe et ablation de celui-ci le 10 juin 2008. Il avait à nouveau été hospitalisé du 19 au 23 septembre 2008 avec un diagnostic de tachycardie ventriculaire et torsades de pointes sur cutés longs acquis dans le contexte d'une intoxication à la méthadone avec mention d'antécédents de troubles du rythme du cœur (bradycardie avec pigéminisme en 2002 dans le même contexte d'intoxication, méthadone, cocaïne et cannabis).
8. Sur demande expresse de l'OAI, l'assuré a confirmé par courrier du 24 octobre 2008 qu'il acceptait de se soumettre aux démarches liées à l'instruction de son dossier.

9. Le Dr D_____ de l'Unité de chirurgie de la main des Hôpitaux Universitaires de Genève a retenu le diagnostic de myosite infectieuse du bras droit survenue le 15 mai 2008 et indiqué que la capacité de travail était nulle depuis cette date.
10. Dans un rapport du 24 novembre 2008, le Dr E_____, généraliste, a établi un rapport à l'attention de l'OAI. Il a indiqué que son patient souffrait de polytoxicomanie et d'une myosite bactérienne avec nécrose de l'avant bras droit. Son patient présentait une parésie de la main droite avec diminution de la force. L'incapacité de travailler est entière depuis le 30 mars 2008.
11. Interrogé par l'OAI, le Dr D_____ a précisé, le 23 avril 2009, que "la situation médicale de l'assuré est actuellement stabilisée. Il ne présente actuellement pas de fonctions des fléchisseurs superficiels ni profonds des doigts longs au niveau de l'avant bras droit, ainsi que les longs fléchisseurs du pouce et ceci en lien avec la myosite dont il a été victime. Il existe des possibilités de reconstruction de la musculature de son avant bras droit, le patient est pour l'instant satisfait de la fonction de ce dernier. Il est à noter qu'il est impossible actuellement d'effectuer des mouvements en force au niveau de son bras droit, mais il peut effectuer le mouvement de pince pour des choses fines et légères."
12. L'OAI a informé l'assuré qu'il entendait le soumettre à une expertise auprès du Dr C_____ le 14 juillet 2009.
13. L'expertise a été réalisé le 30 septembre 2009 et le rapport y relatif le 13 novembre 2009. Les diagnostics suivants ont été retenus :
 - dépendance à l'héroïne, actuellement abstinent
 - dépendance éthylique, actuellement abstinent
 - dépendance et/ou abus de cocaïne, actuellement abstinent
 - dépendance et/ou abus d'ecstasy, actuellement abstinent
 - personnalité immature à fonctionnement limite et antisocial
 - isolement socioprofessionnel de longue date

L'expert a relevé qu'il s'agissait pour l'essentiel d'un sujet très immature, probablement avec un fonctionnement limite et antisocial. Selon lui,

"on ne peut pas parler ici d'un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Les traits dysfonctionnels de sa personnalité sont certainement majorés par sa toxicomanie et l'alcool. (...) Il ne s'agit pas d'une polytoxicomanie secondaire à une grave pathologie psychique (...) Vu la polytoxicomanie et ses conséquences en termes de volition, de motivation notamment, l'assuré a une capacité de travail nulle."

L'expert en conclut qu'il faudrait considérer que si l'assuré est abstinant sur la durée, il devrait être en mesure de réaliser une activité professionnelle simple, répétitive, sans grande responsabilité. Aussi en substance, peut-on conclure que la capacité résiduelle de travail est de 0% en raison de la toxicomanie depuis 1999 ; elle est de 100% s'il a la volonté et la motivation de demeurer abstinant et de travailler. L'expert relève que seul le maintien de l'abstinence peut améliorer sa capacité de travail, mais que l'assuré n'a que peu de motivation à cet égard et le risque de récidive est important.

14. Dans une note du 17 décembre 2009, le Dr A_____ du SMR a retenu une incapacité entière de travail depuis le 13 mai 2008 dans les dernières activités d'aide-peintre et d'employé polyvalent, et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 23 avril 2009, étant précisé que l'assuré ne peut employer son membre supérieur droit pour aucun mouvement de force, ni pour le port de charges, "à traduire en termes de métier par un spécialiste de réadaptation." En cas d'octroi de rente, le médecin a proposé une révision dans deux ans.
15. Le 15 janvier 2010, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel le reclassement dans une nouvelle profession était refusé, au motif que le degré d'invalidité était inférieur à 20%.

L'OAI s'est fondé sur le fait que selon la jurisprudence, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de chiffrer ces derniers avec exactitude. Dans ce cas, le degré d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail, et est dès lors de 0% en l'espèce.
16. Par courrier du 25 janvier 2010 complété le 25 février 2010, l'assuré a contesté le projet.
17. Le Dr E_____ a attesté le 24 février 2010 qu'en raison de la destruction des tendons de son bras droit, l'assuré était dans l'incapacité quasi-totale d'utiliser sa main droite.
18. Par décision du 2 mars 2010, l'OAI a confirmé le refus de reclassement.
19. L'assuré a interjeté recours le 30 mars 2010 contre ladite décision.
20. Dans sa réponse du 10 mai 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, se fondant sur la détermination du Dr F_____, selon lequel les dernières informations fournies ne modifient pas les conclusions du précédent rapport daté du 17 décembre 2009.
21. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. 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.

2. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI et plus particulièrement à des mesures de reclassement.
4. 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

b) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière».

c) Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

5. a) Selon l'art. 8 al.1er 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). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

b) Il faut que l'incapacité de gain soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108, consid. 3a). Le pourcentage est calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (VSI 2000, p. 63, RCC 1984, p. 95).

c) Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, il y a lieu d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215, consid. 3.2.2). Le but poursuivi par la mesure doit donc s'inscrire dans une certaine durée, et son succès doit être proportionné à son coût. Enfin, la mesure concrète doit être raisonnablement exigible de l'assuré (ATF 130 V 488, consid. 4.3.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2). En effet, une mesure de reclassement ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée (ATFA du 16 février 2007, I 170/06). Les mesures ne seront donc pas allouées si elles semblent d'emblée vouées à l'échec (ATF du 16 février 2007 I 170/06).

6. Aux termes de l'art. 17 LAI,

¹ 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.

² La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement."

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, 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. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant

au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1). En outre, l'octroi d'un reclassement présuppose l'aptitude de la personne invalide à la réadaptation (RCC 1992 386, p. 389).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

7. a) 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 1^{er} 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).

b) Le revenu d'invalidé 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 (ESS) 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).

c) Le revenu de la personne valide 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, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

8. En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

9. En l'espèce, l'OAI a refusé d'accorder à l'assuré la mesure de reclassement dans une nouvelle profession sollicitée au motif que le degré d'invalidité est inférieur à 20%.

L'OAI s'est à cet égard fondé sur les conclusions du Dr F_____, selon lesquelles l'assuré peut travailler à plein temps dans une activité adaptée, sans port de charges et sans aucun mouvement de force du bras droit, et a retenu un degré d'invalidité nul, puisque dans le cas de l'assuré les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique.

Certes l'assuré n'a-t-il pas droit à des mesures de réadaptation s'il ne subit pas une perte de gain permanente ou de longue durée de 20% au moins dans une activité raisonnablement exigible. Cette activité raisonnablement exigible doit néanmoins pouvoir être exercée sans autre mesure de réadaptation (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 124 sv.). Or, en l'espèce, s'il est vrai que l'expert a considéré que l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée à son handicap au bras droit, il a également précisé que celle-ci était "à traduire en termes de métier par un spécialiste de réadaptation". Force est ainsi de constater que l'examen d'éventuelles mesures d'ordre professionnel à mettre en œuvre n'a pas été effectué et que l'OAI n'a pas non plus précisé quel type d'emploi constituerait l'activité adaptée envisagée par le médecin. Il se justifie dès lors de lui renvoyer la cause.

Le Tribunal de céans relève que selon l'expert, l'assuré ne montrait pas une motivation très forte pour rester abstinent et que le risque de récurrence était important, ce qui constitue un facteur évidemment défavorable au succès d'une mesure quelle qu'elle soit. L'attention de l'assuré est dès lors attirée sur le fait que des mesures ne pourront être menées à bien que s'il fait l'effort nécessaire d'abstinence.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et renvoie la cause à l'OAI pour examen et mise en œuvre le cas échéant de mesures de réadaptation.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI.
4. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI-
WANGELER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le