

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1515/2010

ATAS/385/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 avril 2011

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur S_____, domicilié à Onex, comparant avec
élection de domicile c/o CAP PROTECTION JURIDIQUE,
Madame T_____, à Genève

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur S_____ (ci-après l'assuré), né en 1971, originaire du Kosovo, est arrivé en Suisse en 1991. Il a travaillé en qualité de manœuvre puis monteur électricien de 1992 à 1996, a perçu des indemnités de chômage de fin 1996 à mars 1998, puis a travaillé comme étancheur dans l'entreprise X_____ depuis mars 1998.
2. L'assuré a été victime d'un accident de travail le 23 novembre 2007, glissant d'une échelle en descendant d'un toit, il est tombé sur le pied gauche, puis en arrière, selon la déclaration de sinistre LAA faite le jour même par son employeur.
3. Il s'est présenté à la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet le jour de l'accident. L'assuré souffrant de cervicalgies post traumatiques, des radiographies de la colonne cervicale sont effectuées le 23 novembre 2007, qui sont dans la norme, sans lésion traumatique visible. Une radiographie de la cheville gauche fait suspecter une fracture de l'astragale.
4. Selon un certificat de la polyclinique de chirurgie des hôpitaux universitaires (HUG) du 23 novembre 2007, l'assuré est totalement incapable de travailler du 23 novembre 2007 au 11 janvier 2008.
5. Selon le rapport initial de la permanence du 23 janvier 2008, le patient présente le 23 novembre 2007 une tuméfaction, un œdème et des douleurs de la cheville et du pied gauche, une fracture de l'astragale est diagnostiquée, une botte plâtrée est posée et une incapacité de travail à 100% est prescrite.
6. Une radiographie de contrôle de la cheville gauche plâtrée est effectuée le 11 décembre 2007, qui ne montre pas de franche fracture décelable, une surdensité sur le versant interne de l'astragale, une raréfaction osseuse dans la portion centrale du calcanéum.
7. Des radiographies sont encore effectuées les 27 décembre 2007 et 7 janvier 2008, sans changement. Sur la base du CT du pied gauche pratiqué le 23 novembre 2007, le Dr A_____, radiologue, confirme la fracture non déplacée de l'astragale et indique que les signes sont compatibles avec un lipome intra osseux de la partie antéro-inférieure du calcanéum, l'image ne montrant pas de lésion osseuse traumatique au niveau du calcanéum.
8. Selon le rapport du 7 mars 2008 du Dr B_____, médecin auprès de la permanence, l'évolution est bonne, le traitement prescrit est de la physiothérapie et des analgésiques, la date de reprise de travail est indéterminée.
9. Mandatée par la SUVA, la Dresse C_____ a procédé à un examen de l'assuré le 7 avril 2008. Le médecin rappelle les circonstances de l'accident, signale que

l'assuré s'est tordu à nouveau la cheville quatre semaines avant l'examen et marche avec une canne depuis lors, mais estime que l'évolution est satisfaisante. Au niveau cervical, l'assuré n'a pour ainsi dire plus de douleurs. Au niveau du pied gauche, le temps de marche est de maximum deux heures, l'assuré a des sensations de fatigue et de douleurs, un œdème le soir, il ne peut pas monter les escaliers, ni marcher sur des pentes et a des difficultés à dérouler le pied. L'examen clinique de la cheville et du pied gauche se fait avec le taping qui a été posé suite à l'entorse. L'extension dorsale du pied est limitée à gauche, il y a une douleur à la pression au niveau de l'astragale et au niveau péronéo-astragalien antérieur. L'assuré ne marche pas correctement, ne parvient pas à dérouler le pied, ni à marcher sur la pointe des pieds. Le médecin pose le diagnostic de fracture de l'astragale, indique qu'il est exclu que l'assuré reprenne son travail d'étancheur en l'état, dès lors qu'il doit monter sur des toits, mais précise qu'avec une bonne physiothérapie, il devrait pouvoir reprendre le travail d'ici un mois.

10. La SUVA a adressé l'ensemble de ces pièces à l'Office cantonal de l'assurance invalidité (OAI) le 23 avril 2008. Suite à la communication du cas au titre de la détection précoce, l'assuré a été invité à déposer une demande de prestations d'invalidité, ce qu'il a fait le 14 mai 2008.
11. Selon le rapport de l'employeur du 29 mai 2008, l'assuré a travaillé à 100% (42 heures 50) du 9 mars 1998 au 23 novembre 2007. L'assuré a présenté des périodes d'incapacité de travail à 100% du 6 au 16 août 1998, du 4 juillet au 2 août 2004, du 28 février au 2 octobre 2005, puis à 50% du 3 octobre 2005 au 17 avril 2006, à 100% du 11 au 13 mai 2007, et depuis le 26 novembre 2007, sans reprise depuis lors. S'agissant de la description de l'activité individuelle, le rapport de l'employeur indique que l'activité première de l'assuré est la réfection d'étanchéité de toits plats et de terrasses, ainsi que les recherches de fuites et des nettoyages de terrasses et toits plats. Il doit ainsi souvent marcher, rester debout, soulever ou porter des poids légers, parfois soulever et porter des poids moyens et lourds. Les fiches de salaire de l'assuré pour les années 2005 à 2007 sont jointes au rapport. En 2007, son salaire était de 31 fr. 90 de l'heure, auquel s'ajoutent des frais de déplacement, des frais de téléphone et le remboursement d'autres frais effectifs.
12. Selon l'extrait du compte individuel AVS de l'assuré, son salaire brut total en 2007 s'est élevé à 63'897 fr., y compris le montant de 3'546 fr. versé par la CAISSE DES MAITRES COUVREURS.
13. Le Dr B_____, médecin traitant de l'assuré, atteste par rapport du 27 juin 2008 que son patient souffre d'un status post-astragalo-calcanéenne gauche depuis le 23 novembre 2007 et d'une dépression nerveuse réactionnelle depuis décembre 2007. Il l'a adressé aux HUG en novembre 2007. Les symptômes sont de la douleur et de la mobilité limitée réduite, le pronostic est sombre et l'incapacité de travail est totale. Le médecin atteste que son patient peut travailler en position assise, Il exclut

toutes les autres positions de travail: debout, marcher, position alternée, se pencher, travailler avec les mains au dessus de la tête, accroupi, à genoux, rotation en position assise, soulever un poids dès 2 kg.

14. Selon le pli des HUG du 26 septembre 2008, l'assuré est inconnu du service de chirurgie orthopédique et traumatique.
15. Par communication du 16 octobre 2008, l'OAI informe l'assuré que des mesures professionnelles sont en l'état impossibles compte tenu de son état de santé.
16. La SUVA a transmis à l'OAI le 5 novembre 2008 les pièces de son dossier, postérieures à celles déjà adressées le 23 avril 2008, à savoir :
 - a) un rapport d'un CT du Dr A_____ de l'arrière-pied gauche du 4 juillet 2008 qui met en évidence la conservation des rapports articulaires tibio-taliens et sous-taliens, un îlot condensant bénin du dôme astragalien et un lipome intra-osseux de la portion antéro-inférieure du calcanéum, un petit trait radio-transparent à bord sclérosé de la partie antérieure du processus latéral du talus touchant la partie antérieure de l'articulation sous-astragalienne correspondant le plus probablement à la séquelle d'une petite fracture non déplacée et pas d'autre lésion décelable ;
 - b) un rapport du 10 juillet 2008 du Dr D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique auprès de la SUVA, selon lequel la fracture non déplacée du processus latéral de l'astragale est consolidée, de sorte qu'un séjour en réadaptation est indiqué, afin d'essayer de corriger la symptomatologie douloureuse résiduelle chez ce patient ;
 - c) un rapport du 10 octobre 2008 de la Clinique romande de réadaptation (CRR), signé par le Dr E_____, spécialiste en médecine physique de réadaptation et en chirurgie orthopédique, l'assuré ayant séjourné dans le service de réadaptation du 12 août au 3 septembre 2008. Le diagnostic primaire est thérapies physiques et fonctionnelles (Z50.1) et les diagnostics secondaires sont fracture du processus latéral de l'astragale du pied gauche, îlot condensant bénin du dôme astragalien, lipome intra-osseux de la partie antéro-inférieure du calcanéum gauche et algodystrophie de stade I-II (M88.9). A son admission, le patient se plaint de douleurs au niveau de la cheville gauche, qu'il décrit comme profondes, plus importantes à la face interne, et qui se généralisent. Lors des efforts, les douleurs sont cotées à 7/10 et son périmètre de marche ne dépasse pas une heure de temps. A l'examen, le patient marche sans canne, avec charge complète, mais sans déroulement du pied gauche. Il n'y a ni tuméfaction de la cheville, ni signe inflammatoire local. On note une limitation de la mobilité de la cheville en flexion dorsale, l'arrêt est dû aux douleurs, une tentative de nouveaux traitements antalgiques a dû être traitée en raison des effets secondaires et à la demande du patient, qui n'objective aucun effet sur la symptomatologie. Une chaussure de stabilisation avec un lit plantaire incorporé pour répartition des charges a été proposée au patient, mais aucune

amélioration n'est constatée subjectivement ou objectivement. Le patient a suivi une physiothérapie individuelle, mais déclare subjectivement ne percevoir aucun changement au niveau de son pied gauche. Objectivement, l'évolution n'est pas notable, sauf une légère modification de la marche. Les tests de port de poids sont marqués par une nette autolimitation du patient, demandeur de thérapies passives et très focalisé sur ses douleurs. La suspicion d'algo-dystrophie au stades I et II n'est pas confirmée par l'examen clinique. La fracture du processus latéral consolidée ne permet pas d'indication opératoire, la perception du handicap fonctionnel est hors de proportion avec les constatations objectives, mais il est possible que des facteurs non médicaux jouent un rôle, raison pour laquelle l'incapacité de travail est prolongée de quatre semaines, car il paraît illusoire qu'une reprise du travail puisse avoir lieu à la sortie de la clinique, l'évaluation étant laissée à la SUVA ;

d) l'appréciation médicale du Dr D. D. _____ du 28 octobre 2008 qui reprend l'intégralité du dossier et indique que, de manière théorique, après la lésion subie par l'assuré, il est possible que des troubles fonctionnels persistent, notamment au niveau de l'articulation sous-astragaliennne. Les troubles qui pourraient être expliqués par les conséquences de l'accident sont un enraidissement partiel de cette articulation, ainsi que des difficultés pour la marche sur un terrain inégal, mais rien ne s'oppose à une reprise du travail dans une profession respectant ces limitations. L'atteinte à l'intégrité est estimée à 5%, par analogie avec la table des arthroses.

e) le rapport de l'employeur du 14 juillet 2008, qui communique le salaire que l'assuré aurait perçu sans atteinte à la santé en 2007 (31,90 /h x 42h50 + 8,33% et 13^{ème}) et en 2008 (32,20 /h x 42h50 + 8,33% et 13^{ème}).

17. Selon un rapport d'entretien avec l'entreprise X. _____ du 17 novembre 2008, il est envisageable que l'assuré soit affecté à des petits travaux de type nettoyage de terrasses, il devra ratisser des herbes ou les enlever à la main, mais il doit être apte à monter des escaliers ou des échelles pour se rendre sur le site. Toutefois, selon le médecin traitant de l'assuré et selon celui-ci, il est exclu qu'il puisse monter sur une échelle, car il ne parvient pas à plier la cheville.
18. L'assuré a été soumis par la SUVA à l'examen du Dr F. _____, psychiatre et médecin d'arrondissement de la SUVA, le 4 février 2009. Selon son rapport du 11 février 2009, il n'y a aucun diagnostic psychiatrique. Il rappelle que l'évaluation en physiothérapie avait montré une importante autolimitation de la part de l'assuré, qui compromet cette prise de soins. Sur le plan psychiatrique, il n'y a aucun suivi, ni véritablement de problématique mise clairement en évidence. Les plaintes subjectives de l'assuré sont des douleurs, des inquiétudes quant à son avenir. Le status psychiatrique montre une focalisation sur la présence de douleurs et de l'impotence du membre inférieur gauche. Dès lors que l'impotence et les douleurs ne s'expliquent pas par la composante somatique, il pourrait exister, par exclusion, une composante du registre somatoforme, le plus proche diagnostic pouvant être

évoqué serait celui d'un trouble hypocondriaque, ou encore de somatisation. Lors de l'évaluation, le psychiatre relève le même côté demandeur à la limite du revendiquant de l'assuré, avec une focalisation extrême, le contexte clinique ne justifiant ni la poursuite d'un arrêt de travail, ni la mise en place d'un traitement spécifique. En conclusion, s'il existe une pathologie psychiatrique, en lien avec une amplification symptomatique, il n'y a ni justification, ni indication à la poursuite d'un arrêt de travail, bien au contraire, car cela renforcerait l'assuré dans ses plaintes. Il convient donc de lui signifier clairement une reprise du travail.

19. Par décision du 18 février 2009 la SUVA a mis un terme au paiement des indemnités journalières avec effet au 30 juin 2009, afin de permettre à l'assuré de trouver un poste de travail adapté, par ses propres moyens ou avec l'aide de l'Office AI, puis a annulé cette décision le 8 juillet 2009 en raison du stage organisé par l'OAI, et continué à verser les indemnités journalières.
20. Suite au calcul du taux d'invalidité de l'assuré de 24,1%, par la comparaison des revenus d'invalidé (ESS 2006, TA1, EM, niveau 4, pour 41,7 heures de travail, réévalué en 2007, soit 60'499 fr., et, après une réduction supplémentaire de 10%, au vu des limitations fonctionnelles et du nombre d'années chez le même employeur), soit un salaire de 54'449 fr. et du revenu de l'assuré sans invalidité pour une activité à 100%, selon le rapport de son employeur (71'705 fr.), l'OAI octroie à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle par communication du 29 juin 2009.
21. Le rapport de réadaptation professionnelle du 30 juin préconise un stage d'orientation du 10 août au 8 novembre 2009, précisant que l'assuré ne peut pas rester longtemps debout, mais que son médecin traitant atteste qu'une activité en position assise est possible. Reprenant le rapport de la CRR, l'OAI précise que les seules limitations théoriquement possibles sont un enraidissement de la cheville et des difficultés à marcher en terrain inégal, les importants troubles fonctionnels de la marche et l'intensité des douleurs mentionnés par l'assuré ne sont pas expliqués par les constatations objectives.
22. Selon le certificat du Dr B_____ du 2 juillet 2009, l'assuré est autorisé à partir en vacances du 4 juillet au 4 août 2009. L'assuré est ainsi convoqué pour une entrée en stage le 10 août 2009.
23. Selon le rapport des établissements publics pour l'intégration (EPI) du 1^{er} octobre 2009, l'assuré n'a été présent que sept jours au total, dont cinq jours d'atelier, de sorte qu'il n'est pas possible de faire une évaluation complète, ni de répondre aux attentes de l'OAI en si peu de temps. Pendant la période d'atelier, l'assuré a travaillé assis pendant sa présence à l'atelier, avec la jambe gauche posée sur une chaise. Il travaille très lentement et sans motivation et s'est même endormi pendant l'exécution d'un exercice sur cuir. Ses rendements sur un exercice sériel simple et léger ont été de 28%. Il travaille toujours au même rythme et de manière continue.

Il ne semble pas concerné par ce qu'il fait, il manifeste son désintérêt par de profonds bâillements réguliers. L'assuré ne sait ni lire, ni écrire le français, le parle difficilement et ne le comprend que si l'on utilise des mots simples, en parlant lentement. La mesure est interrompue le 18 août 2009 en accord avec l'OAI.

Le médecin traitant a établi un arrêt de travail à l'assuré dès le 19 août 2009, par certificat du 20 août 2009.

24. Selon le certificat médical du Dr B _____ du 3 décembre 2009, l'assuré a dû cesser le stage le 18 septembre 2009, car "il n'arrive pas à tenir, cause de l'œdème et douleur au pied gauche".
25. Selon le rapport de fin des mesures de réadaptation professionnelles de l'OAI du 7 janvier 2010, ces mesures ne sont pas envisageables et le degré d'invalidité de l'assuré est fixé à 22%. Le revenu d'invalidé est de 59'979 fr (ESS 2008, TA 1, homme, niveau 4, pour 41,6 heures de travail, sans aucune abatement). Le rapport résume les éléments du dossier, en particulier les conclusions du stage auprès des EPI.
26. Par projet du 15 janvier 2010, l'OAI envisage de refuser toute prestation à l'assuré, motif pris que si sa capacité de travail est nulle dans son activité habituelle d'étancheur, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (épargne relative du membre inférieur gauche, pas de marche prolongée [plus de 500 mètres], possibilité de s'asseoir une fois par heure et pas de travail en position instable), sa capacité de travail est totale dans une activité adaptée, avec un plein rendement, depuis octobre 2008, selon l'avis du SMR du 16 janvier 2009. La tentative de stage aux EPI a échoué après une semaine, compte tenu de la présentation d'un certificat d'incapacité de travail, et il n'a ainsi pas été possible que l'OAI se détermine sur une activité raisonnablement exigible. L'évaluation théorique de la perte de gain est effectuée sur la base d'un revenu, en 2008, sans invalidité, de 77'090 fr., avec un revenu avec invalidité de 59'979 fr., soit un degré d'invalidité de 22%, qui ne donne pas droit à une rente d'invalidité.
27. Le conseil de l'assuré fait valoir que ce dernier n'a pas été en mesure d'effectuer les tâches demandées lors du stage aux EPI, qui impliquaient de rester assis pendant plusieurs heures d'affilée, ce qui était très douloureux pour lui sans forte médication. Il en a fait part aux employés des EPI, qui n'ont toutefois pas adapté ces activités. L'assuré s'est alors rendu chez son médecin traitant, qui lui a indiqué qu'il était préférable d'arrêter le stage, selon certificat d'arrêt de travail établi le 20 août 2009. Ainsi, à tort, l'OAI n'a pas tenu compte de l'incapacité médicale de l'assuré à effectuer ce stage. La capacité résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée n'a ainsi pas été établie, de sorte que l'OAI ne peut pas se prononcer sur l'invalidité de l'assuré sans autre mesure d'instruction.

28. Par décision du 11 mars 2010, l'OAI confirme son projet de décision et refuse toutes prestations à l'assuré. La motivation est identique au projet de décision et aucune réponse n'est apportée aux observations du conseil de l'assuré.
29. Par acte du 26 avril 2010, l'assuré, représenté par son conseil, forme recours contre la décision précitée et conclut à l'ouverture d'enquêtes pour l'audition de son médecin traitant et à l'annulation de la décision entreprise, afin qu'il soit reconnu le droit de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel et/ou à une rente d'invalidité. L'assuré fait valoir qu'il a droit à des mesures d'ordre professionnel, notamment des mesures de reclassement, compte tenu d'un taux d'invalidité supérieur à 20%. La jurisprudence précise que le reclassement implique un droit à une formation complète, qui s'impose afin de sauvegarder la capacité de gain, ou de l'améliorer de façon notable. S'agissant du degré d'invalidité, il est contesté, dès lors que les médecins traitants ne se sont jamais prononcés sur la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée. Celui-ci ne peut pas rester assis pendant de trop longues périodes, ce qui a été démontré par le médecin traitant qui l'a mis au bénéfice d'un arrêt de travail, lors du stage aux EPI. Ainsi, les plaintes du recourant n'ont pas été prises en compte par les médecins de la SUVA et de l'OAI, dont les conclusions ne sont pas suffisamment motivées, étant précisé qu'ils n'ont pas examiné quel type d'activité le recourant pourrait encore exercer et à quel taux.
30. Par pli du 18 mai 2010, l'OAI conclut au rejet du recours. L'intimé ne conteste pas que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité d'étancheur, en raison d'une fracture traumatique du processus latéral de l'astragale du pied gauche. Toutefois, selon le SMR, l'assuré peut exercer à 100% une activité respectant les limitations fonctionnelles, à savoir éviter la marche prolongée sur plus de 500 mètres, épargner le membre inférieur gauche et s'asseoir une fois par heure, sans travail en position instable, et ce sans diminution de rendement. Le grief de l'assuré s'agissant du fait que l'appréciation est fondée sur les seuls médecins-conseils de l'OAI et de la SUVA n'est pas pertinent, dès lors que selon la jurisprudence, on peut accorder pleine valeur probante aux rapports d'expertise des médecins des assureurs, s'ils aboutissent à des résultats convaincants. Dans le cas d'espèce, le SMR a largement tenu compte de l'appréciation de l'assureur accidents, qui repose sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, en particulier les rapports de la SUVA du 28 octobre 2008 et du 5 janvier 2009, établissant de manière claire que la symptomatologie douloureuse n'est pas expliquée par des constatations somatiques objectives. Les seuls troubles résiduels qui peuvent être objectivement attendus compte tenu du tableau clinique sont un enraidissement partiel de l'articulation, ainsi que des difficultés pour la marche sur un terrain inégal, la montée et la descente répétitives d'échelles et les déplacements sur des plans inclinés, de sorte que rien ne s'oppose à la reprise du travail dans une profession ne demandant pas des activités citées ci-dessus.

S'agissant du droit à des mesures d'ordre professionnel, de telles mesures ont été envisagées par l'OAI, mais il n'a pas été possible d'évaluer les performances du recourant, dès lors que ce dernier a présenté un certificat d'arrêt de travail de son médecin traitant, qui n'apporte aucune justification à l'interruption du stage, selon l'attestation du médecin du 3 décembre 2009. A noter que le service de réadaptation de l'OAI a cherché à joindre le médecin afin de connaître les raisons de cet arrêt, par courriers des 24 septembre, 2 novembre et 2 décembre 2009. Il apparaît ainsi que malgré les tentatives de réadaptation, l'assuré n'a pas réellement adhéré au projet mis en place, il n'a manifesté aucune motivation, ni intérêt pour le stage. Selon la jurisprudence, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin.

31. Par pli du 21 mai 2010, cette prise de position est transmise à l'assuré et les pièces du dossier sont mises à sa disposition.
32. Par pli du 1^{er} juin 2010, les parties sont informées que le dossier a été confié à un juge suppléant.
33. Par pli du 5 juillet 2010, l'OAI transmet au Tribunal de céans un certificat médical du Dr B _____, autorisant l'assuré à partir en vacances du 16 juillet au 17 août 2010.
34. Par pli du 15 novembre 2010, les parties sont informées de ce que le dossier est attribué à la 2^{ème} Chambre du Tribunal cantonal des assurances sociales et que la cause est gardée à juger.
35. Constatant que certains faits étaient imprécis, le Tribunal ordonne une comparution personnelle des parties le 30 novembre 2010 et interroge les EPI. Ceux-ci attestent le 26 novembre 2010 que l'assuré ne s'est pas plaint de douleurs durant le stage, a pu travailler dans une position lui convenant, soit assis avec la jambe sur un tabouret. Le certificat médical a été adressé aux EPI après la fin de la mesure.
36. Lors de l'audience du 30 novembre 2010, l'assuré indique qu'il n'a pas pu poursuivre le stage aux EPI en raison des douleurs, dont il a fait part au responsable de l'atelier, contrairement au rapport des EPI. Il n'a pas augmenté la dose habituelle d'antidouleur. Il souhaite "faire quelque chose" car il est jeune mais ne pense pas être capable de suivre un stage en raison des douleurs. L'Office AI précise les bases de calcul du salaire sans invalidité, qui a été fixé ainsi : 32 fr. 20 de l'heure x 42,5 heures x 52 semaines = 71'162 fr. + 8,33 % = 77'090 fr. et admet que l'assuré n'a pas été convoqué, ni averti des conséquences de son manque de collaboration lors du stage. Un délai est fixé à l'assuré pour produire un certificat médical détaillé d'un spécialiste, puis à l'OAI pour indiquer si un stage pouvait à nouveau être organisé.

37. Par pli du 3 décembre 2010, le conseil de l'assuré sollicite que le Tribunal rende une ordonnance d'expertise pour que l'assuré puisse la produire auprès du spécialiste qu'il entendait consulter, ce que le Tribunal a refusé. Le délai était en effet fixé au recourant pour lui permettre de produire un certificat médical corroborant ses dires, aucune expertise n'étant en l'état ordonnée. Le délai fixé est prolongé.
38. Par pli du 25 janvier 2011, le conseil de l'assuré transmet le rapport médical du 10 janvier 2011 du Dr G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce dernier résume la situation du patient, rappelle la persistance d'importantes douleurs de la cheville, avec des douleurs nocturnes, malgré le traitement sous forme d'anti-inflammatoires. A l'examen, le patient présente une boiterie algique, avec évitement du déroulement de son pied et de sa cheville gauches douloureux. L'examen ostéo-articulaire complet est calme hormis la cheville gauche qui est enflée et présente des douleurs importantes à la palpation du processus latéral de l'astragale, des ligaments péronéo-astagalien antérieur et en tibio-astagalien antéro-externe et interne. La mobilité est diminuée avec une flexion-extension de 35-0-5 degrés à gauche versus 45-0-15 degrés à droite. En résumé, le patient a présenté une fracture du processus latéral de l'astragale gauche, un diagnostic qui normalement demande un arrêt de travail de deux à trois mois, mais pas comme chez ce patient depuis trois ans. Le bilan radiologique du 13 décembre 2010 n'explique pas les douleurs invalidantes chez ce patient. Il persiste un œdème de la pointe de la malléole externe, ainsi qu'un œdème et une infiltration des tissus sous-cutanés péri-malléolaires externes, sans qu'une lésion ostéo-chondrale ou ligamentaire significative puisse être mise en évidence. Devant cette évolution atypiquement longue et douloureuse ne pouvant être expliquée par le bilan radiologique, le médecin propose un bilan arthroscopique, l'incapacité de travail en tant qu'étancheur est de 100 % et devra être réévaluée après l'arthroscopie. Le médecin conclut qu'un patient de 39 ans avec le diagnostic susmentionné devrait être capable de reprendre le travail dans son ancienne profession, qu'il a d'ailleurs beaucoup appréciée, de sorte qu'un reclassement professionnel ne semble pas être la solution au problème de l'assuré.
39. Par pli du 27 janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice invite l'assuré à indiquer s'il souhaite bénéficier d'un stage d'orientation, dans l'hypothèse où il est envisageable de l'organiser, s'il estime être capable, pour raisons de santé, de participer à ce stage ou, si conformément à l'attestation du Dr G_____, il estime être capable de reprendre le travail dans son ancienne profession, de sorte qu'un reclassement ne serait pas la solution à son problème.
40. Par pli du 14 février 2011, le conseil de l'assuré fait état d'un litige survenu entre l'assuré et la SUVA, concernant la prise en charge de l'opération prévue par le Dr G_____. Il affirme que le Dr G_____ n'est plus d'avis que l'assuré pourrait reprendre son ancienne activité, même après une opération. Selon le

courrier du 1^{er} février 2011 de ce dernier à la SUVA, la persistance des douleurs ne s'explique pas par des troubles hypocondriaques ou une somatisation, la limitation de la mobilité étant objective, et l'œdème ayant été constaté. Les lésions cartilagineuses qui ne sont pas visibles sur une IRM ne peuvent être mises en évidence que lors d'une arthroscopie, et traitées à cette occasion. Ce courrier fait suite à l'avis du 20 janvier 2011 du Dr H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, selon lequel il n'est pas envisageable de donner un préavis positif à l'intervention proposée par le Dr G_____, dès lors que les constatations IRM permettent d'exclure une lésion cartilagineuse importante justifiant un traitement chirurgical, les troubles présentés par l'assuré ayant fait l'objet de bilans exhaustifs.

41. Par pli du 21 février 2011, l'OAI estime, sur la base de l'avis du Service de réadaptation, que des mesures d'ordre professionnel ne sont pas envisageables, en raison du manque de motivation et du comportement de l'assuré. Le stage a en effet été interrompu très rapidement, le recourant n'ayant été présent que sept jours au total, dont cinq en atelier, avec présentation d'un certificat médical d'incapacité de travail dès le 20 août 2009. Selon l'OAI, le recourant ne présente pas d'aptitudes subjectives à la mise en place d'un nouveau stage d'orientation, ce qui est confirmé par l'ambivalence du discours du recourant, qui affirme vouloir faire quelque chose, mais estime ne pas être capable de faire un stage à cause des douleurs. L'OAI persiste dans ses conclusions tendant au rejet du recours.
42. Par pli du 25 février 2011, le conseil de l'assuré transmet copie du courrier adressé à la SUVA et exigeant une décision formelle concernant la prise en charge des frais de l'opération recommandée par le Dr G_____.
43. Par pli du 28 février 2011, la Cour a imparti aux deux parties un ultime délai au 21 mars 2011 pour se déterminer, la cause étant ensuite gardée à juger.
44. Par pli du 10 mars 2011, le conseil de l'assuré persiste dans ses conclusions d'octroi d'un reclassement, estime que l'OAI ne peut pas se dégager de ses responsabilités quant à la mise en place d'un stage, dès lors qu'il a gravement violé la procédure en la matière lors de l'absence justifiée et attestée de l'assuré durant ce stage. L'attitude subjective de l'assuré ne fait pas défaut, mais la poursuite du stage était impossible, au vu des fortes douleurs ressenties lors du premier stage. Compte tenu du fait que l'invalidité a été fixée à 22% par l'OAI, ce dernier ne peut pas refuser un reclassement, auquel l'assuré a droit dès que la perte de gain est de 20%. L'arrêt cité par l'OAI concerne le cas d'un assuré d'à peine 30 ans, dont l'atteinte à la santé avait un caractère anodin, alors que l'assuré est âgé de bientôt 40 ans, a exercé un métier physiquement usant, aucun médecin ne qualifiant l'atteinte à la santé d'anodine. L'assuré conclut à ce que la procédure soit suspendue, jusqu'à la décision formelle de la SUVA quant à la prise en charge ou non de l'opération susvisée, cette dernière permettant de supprimer les douleurs ressenties par l'assuré

et, en conséquence, de lui permettre de suivre un stage de réorientation professionnelle sans douleurs.

45. Par pli du 10 mars 2011, l'OAI estime que les rapports médicaux produits ne modifient pas l'appréciation des faits, selon l'avis du SMR du 17 février 2011.
46. La cause est gardée à juger le 14 mars 2011.

EN DROIT

1. a) Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

b) 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).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et/ou à des mesures d'ordre professionnel dès novembre 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.
- b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 15 janvier 2010 qui a été confirmé par la décision du 11 mars 2010 contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours le 26 avril 2010 devant le Tribunal cantonal

des assurances sociales, soit la chambre des assurance sociales de la Cour depuis le 1^{er} janvier 2011.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

3. a) 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) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40% au moins donne droit à un quart de rente; 50% au moins à une demie rente; 60% au moins à un trois quarts de rente et 70% au moins à une rente entière.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente 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, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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).

d) 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).

e) 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).

4. a) En sus de l'article 14a LAI instituant des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation, les articles 15 et suivants LAI prévoient plusieurs mesures d'ordre professionnel, soit l'orientation professionnelle (art.15 LAI), la formation professionnelle initiale (art.16 LAI), le reclassement (art.17 LAI), le placement (art. 18), l'allocation initiale au travail (art. 18a LAI) et l'aide en capital (art. 18b LAI).

b) L'article 15 LAI prescrit que 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. Selon la circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel (CMRP) de l'OFAS état au 1^{er} janvier 2009, l'orientation professionnelle, qui inclut également des 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 pour une activité dans un autre domaine, voir un placement adéquat. L'orientation peut consister en des stages pratiques, des examens plus étendus dans des centres spécialisés de formation professionnelle ou de réadaptation, sur le marché libre ou dans les centres de formation professionnelle (COMAI). L'examen sera effectué d'après un programme spécifiquement établi ou standardisé précisant clairement l'objectif.

c) Selon l'article 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. 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).

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1^{er} 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.

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. 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).

Le droit à une mesure de réadaptation suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré, la mesure n'étant efficace que si la personne concernée est, partiellement

en tout cas, susceptible d'être réadaptée, subjectivement (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (ATF non publié 9C_100/2008 du 4 février 2009 et les références).

d) L'article 18 LAI prévoit que l'assuré qui présente une incapacité de travail (art. 6 LPGA) et qui est susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi, un conseil suivi afin de conserver un emploi.

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).

Le Tribunal fédéral a rappelé, dans un arrêt du 13 octobre 2009 que la jurisprudence précitée n'a jamais fait mention de la condition d'une perte de gain de 20% s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi.

L'art. 18 al. 1 première phrase LAI, dans sa teneur selon la novelle du 21 mars 2003 ([4e révision de l'AI], en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007), disposait que les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver.

Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la novelle du 6 octobre 2006 [5e révision de l'AI], en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit:

- a. à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié;
- b. à un conseil suivi afin de conserver un emploi.

Selon la jurisprudence, les raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 consid. 6a p. 81). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière

spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt [du Tribunal fédéral des assurances] I 421/01 du 15 juillet 2002, consid. 2c in VSI 2003 p. 274 s.), principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurerait valable également après l'entrée en vigueur de la 4e révision de l'AI (arrêt I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162).

e) Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Selon cette disposition toujours, une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Le but de cette sommation est de rendre l'assuré attentif aux conséquences possibles de son refus de se soumettre aux mesures de réadaptation, et de lui permettre de prendre une décision en toute connaissance de cause (ATF du 11 janvier 2005, I 605/04). Conformément à la jurisprudence, une mise en demeure est obligatoire quand bien même l'assuré a clairement manifesté qu'il n'entendait pas se soumettre à une mesure de réadaptation qu'on peut raisonnablement exiger de lui (ATF 122 V 218, consid. 4b). Enfin, selon la doctrine, la sanction prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA présuppose en règle générale un comportement intentionnel de l'assuré (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 86 ad art. 21).

Cette procédure est un préalable impératif à tout refus de prestations en application de l'art. 21 al. 4 LPGA (SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Il doit, d'autre part, exister un lien de causalité entre le comportement reproché et le dommage susceptible d'être causé à l'assurance. Pour statuer sur cette question, il faut apprécier le comportement de l'assuré au regard des faits postérieurs à l'avertissement, faute de quoi l'exigence légale de l'avertissement serait vidée de son sens (ATFA non publié du 13 octobre 2005, I 457/05 consid. 4.1).

5. a) 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) 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. Etant 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).

c) 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).

Ce n'est que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, que la cause ne peut être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et qu'il y a alors lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin

indépendant selon la procédure de l'article 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail ou de gain sur le marché du travail. Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration ou au juge de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (arrêt I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 page 64).

d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2° éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

6. Dans le cas d'espèce, l'assuré fait valoir en premier lieu que l'OAI s'est exclusivement fondé sur l'appréciation médicale des médecins de la SUVA et du SMR, omettant de tenir compte de l'avis de son médecin traitant. Après instruction complémentaire, il fait valoir que l'avis du spécialiste récemment consulté confirme son incapacité totale de travail. En deuxième lieu, il affirme qu'il a droit à la poursuite de la mesure professionnelle mise en œuvre, en particulier à un reclassement professionnel par le biais d'une formation complète. En troisième lieu, l'OAI n'a pas indiqué précisément quel métier il pouvait exercer, de sorte que le taux d'invalidité ne peut pas être déterminé.

a) S'agissant du premier grief, il était dénué de tout fondement, en tout cas au moment du dépôt du recours. Les rapports médicaux des médecins de la SUVA et ceux de la clinique romande de réadaptation remplissent tous les critères de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Au moment de la décision et du recours, ils ne sont au demeurant pas sérieusement remis en doute par des objections pertinentes et motivées d'un autre médecin, en particulier le Dr B_____. Le diagnostic est celui d'un status post fracture de l'astragale, les seuls troubles qui pourraient être expliqués par les conséquences de l'accident sont

un enraidissement partiel de l'articulation, ainsi que des difficultés pour la marche sur un terrain inégal, raison pour laquelle les limitations fonctionnelles retenues sont : la nécessité d'épargner relativement le membre inférieur gauche, pas de marche prolongée [plus de 500 mètres], la possibilité de s'asseoir une fois par heure et pas de travail en position instable. Bien que l'assuré travaille uniquement sur des toits plats, la SUVA admet qu'il ne peut plus travailler comme étancheur, et ce uniquement afin de tenir compte de sa crainte de monter des échelles. Les douleurs intenses et l'impotence grave alléguées par l'assuré ne trouvent aucune explication médicale objective somatique, ni psychique. Un travail respectant les limitations fonctionnelles est donc exigible à 100%, sans diminution de rendement. Les médecins du SMR ont ainsi repris les avis des médecins de la SUVA et de la CRR. Le médecin traitant, qui n'est pas un spécialiste, ne remet en cause aucun des éléments susmentionnés, mais se borne à exclure toutes les positions de travail (y compris se pencher et la rotation du tronc) sauf celle assise, sans aucune explication liée au diagnostic posé, à retranscrire les plaintes de l'assuré (douleurs et limitations de la mobilité) et à délivrer sans autre investigation par un spécialiste des certificats d'arrêt de travail à 100%. Il ne motive pas ses affirmations et ne conteste pas la pleine capacité de travail de son patient dans une activité adaptée. En raison de l'absence de pertinence des constatations de ce médecin et du fait qu'elles ne permettent pas de douter des conclusions des médecins de la SUVA, il ne se justifiait pas d'auditionner le médecin traitant, ni d'ordonner d'autres mesures d'instruction d'ordre médical, les conclusions des médecins de la SUVA, reprises par l'OAI étant convaincantes et n'étant pas valablement remises en cause.

Cela étant, le Dr G_____, spécialiste consulté par l'assuré en janvier 2011, soit trois ans après l'accident et près d'un an après la décision dont est recours, réserve la possibilité qu'une arthroscopie révèle des lésions cartilagineuses qui seraient invisibles sur les imageries médicales pratiquées et qui pourraient expliquer les douleurs. Il fait valoir que la limitation de la mobilité est objective et qu'un œdème est constaté. Il émet ainsi une hypothèse et, en réservant l'incapacité de travail comme étancheur au résultat de l'opération proposée, il laisse entendre que, soit les lésions évoquées sont révélées et éradiquées lors de l'arthroscopie, de sorte qu'après une période de convalescence non déterminée, l'assuré peut reprendre son travail d'étancheur, soit ces lésions n'existent pas et il se confirme alors que les douleurs ne s'expliquent pas médicalement. Ce médecin n'affirme toutefois pas que le patient est totalement incapable de travailler dans toute activité, ni que les douleurs ne peuvent pas être suffisamment limitées par une médication adéquate, permettant ainsi à l'assuré de travailler dans une profession respectant la seule limitation constatée : soit celle de la mobilité de la cheville gauche. D'ailleurs et contrairement aux affirmations du conseil de l'assuré, le Dr G_____ n'est pas revenu sur son affirmation initiale, à savoir que l'assuré devrait pouvoir, après l'arthroscopie, reprendre son activité antérieure.

Ainsi, la pleine capacité de travail dans une activité adaptée est incontestable, de sorte que la décision de l'OAI est bien fondée sur ce point.

b) Le salaire d'invalidé retenu par l'OAI ne prête pas flanc à la critique et n'est à juste titre pas remis en cause par l'assuré. L'abattement de 10% initialement retenu n'a pas été repris par le service de réadaptation en janvier 2010, qui a tenu compte d'un salaire de 59'979 fr. On peut en effet douter de la justification d'un quelconque abattement, car l'assuré est jeune et les limitations sont peu nombreuses. Au mieux, celui de 10% tient suffisamment compte des limitations de l'assuré et de la durée de son emploi auprès de même employeur et donne un salaire de 53'981 fr. Le revenu sans atteinte à la santé retenu par l'OAI est fondé sur l'attestation de l'employeur et n'est pas contesté, soit 77'090 fr. en 2008. La comparaison des revenus implique un taux d'invalidité de 29% (avec abattement de 10%) ou de 22% (sans abattement). Le taux d'invalidité peut se fonder, de jurisprudence constante, sur un calcul abstrait, sur la base des salaires statistiques, pour une activité dans l'industrie légère, en position assise, ou alternée, à 100% sans limitation de rendement.

Ainsi, ce grief de l'assuré peut être écarté, le taux d'invalidité étant correctement calculé par l'OAI lors de la décision litigieuse, sans qu'il soit au préalable nécessaire de reclasser l'assuré.

c) Ce taux ouvre le cas échéant le droit de l'assuré à des mesures professionnelles, singulièrement à une mesure de reclassement, mais pas à une rente d'invalidité. Le droit à des mesures professionnelles est toutefois conditionné à l'aptitude subjective de l'assuré à être réadapté. Or, il ressort très clairement du rapport des EPI que l'assuré n'a absolument pas collaboré à la mesure de réorientation professionnelle mise en place à juste titre par l'OAI. L'absence de motivation, la manifestation ostentatoire de l'ennui et l'autolimitation dans l'activité impliquant un très faible rendement sont exposés sans détour par les EPI. Si l'assuré s'était plaint de douleurs, le rapport en aurait fait mention, ainsi que des tentatives de modifier ou alterner la position de travail proposée, conformément à la pratique constante des EPI. L'assuré a travaillé en position assise avec la jambe relevée, de sorte que les douleurs et les œdèmes allégués par le certificat du médecin traitant paraissent très invraisemblables, eu égard aux rapports médicaux produits, ce d'autant plus que le médecin traitant admet que la position assise est exigible de l'assuré et que ce dernier peut sans difficultés partir en vacances un mois chaque été. On peut raisonnablement douter de la justification de l'arrêt de travail, ce d'autant plus qu'il est de 100%. De surcroît, l'exagération des symptômes par l'assuré et sa focalisation sur son état, avec une composante très revendicatrice, déjà mises en évidence lors du séjour à la CRR, sont corroborés par l'appréciation psychiatrique du Dr F_____.

Ainsi, s'il est exact que, au vu des éléments médicaux du dossier lors de la décision, l'assuré pouvait prétendre à des mesures professionnelles d'orientation, afin de

déterminer d'une part quel métier il pouvait exercer en respect des limitations admises et, d'autre part, si une mesure de reclassement devait ensuite ou pas être mise en place (stage, formation complémentaire, etc.) afin de lui permettre de conserver sa capacité de gain dans la mesure du possible, il s'avère que l'assuré n'a pas saisi l'opportunité de ce stage pour déterminer ses capacités professionnelles, ses aptitudes spécifiques, ses goûts et ses attentes professionnelles, afin de mettre en place un projet professionnel, alors qu'il était âgé d'à peine 38 ans lors du stage.

Dans le cas d'espèce, il ressort des faits que l'assuré ne s'est pas présenté le 18 août 2009, puis a présenté le 20 août un certificat d'incapacité totale daté du 19 août 2009. Il s'avère en effet que l'intimé n'a procédé à aucune sommation écrite invitant le recourant à modifier son comportement afin d'assurer le succès des mesures de réadaptation. Il ne ressort pas non plus des rapports des EPI que ces derniers auraient averti le recourant des possibles conséquences de son attitude. Cet avertissement, soit l'obligation légale découlant des art. 21 al. 4 LPGA et 7 LAI, ne s'applique toutefois pas au cas d'espèce. Il ne s'agit ni du cas de l'assuré qui refuse de se présenter au stage ou de celui de l'assuré qui, présent lors du stage, refuse d'effectuer les tâches prévues arguant qu'il n'a de toute façon pas l'intention d'exercer ce métier, mais d'un assuré qui cesse le stage au bénéfice d'un arrêt de travail complet. L'administration ne peut manifestement pas, dans ce cas-là, mettre en demeure l'assuré de revenir en l'avertissant qu'à défaut, des prestations pourraient lui être refusées. Ainsi, après avoir interrogé le médecin traitant afin de savoir plus précisément ce qui motivait cette incapacité totale d'effectuer un stage assis, et après avoir pris acte que l'incapacité perdurait, l'intimé a mis un terme le 18 septembre 2009 au stage prévu jusqu'au 8 novembre 2009.

Ensuite et dans un second temps, l'intimé a refusé d'octroyer de nouvelles mesures professionnelles à l'assuré, compte tenu du fait que son attitude démontre que ces mesures sont vouées à l'échec. Dans ce cadre-là, lors d'octroi de mesures, il n'y a pas de place pour un quelconque avertissement au sens de l'art 21. al 4 LPGA.

Ce grief de l'assuré est donc mal fondé, car l'OAI pouvait à juste titre refuser l'octroi d'une mesure professionnelle, faute d'aptitude subjective à la réadaptation.

Pour terminer, il ne se justifie pas de suspendre la présente cause dans l'attente de l'issue du litige entre l'assuré et la SUVA, dès lors qu'il est établi que l'assuré peut travailler dans une profession adaptée. Si l'arthroscopie est finalement pratiquée, elle aura au moins le mérite soit d'objectiver les douleurs et de les éliminer, par l'ablation des cartilages, soit de constater - définitivement - l'absence d'explication objective aux douleurs. En tout les cas, cette opération et la brève convalescence nécessaire impliqueront uniquement une incapacité de travail dans toute activité pour une durée très limitée, qui ne relève pas de l'OAI.

7. Ainsi, mal fondé, le recours est rejeté et le recourant, qui succombe, est condamné à un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

* * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
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

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

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