



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1517/2001

ATAS/218/2003

**ARRÊT**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**du 13 novembre 2003**

**3ème Chambre**

En la cause

**Monsieur B\_\_\_\_\_**

recourant

contre

**OFFICE CANTONAL DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITE**  
Case postale 425

1211 - GENEVE 13

intimé

**Siégeant :** **Mme Karine STECK, présidente**

Mme Daniela WERFFELI BASTIANELLI, M. Laurent VELIN, Juges  
assesseurs

**EN FAIT**

1. Monsieur B \_\_\_\_\_, ressortissant français au bénéfice d'un permis de travail pour frontaliers, marié et père d'un enfant, est détenteur d'un diplôme (CAP) en micro-mécanique et a travaillé dans cette branche jusqu'en 1996. Depuis 1997, à la suite d'un licenciement pour raisons économiques, il a travaillé en qualité de concierge pour le compte de l'entreprise de nettoyage ATIKS SA à Genève.
2. Le Dr L \_\_\_\_\_ a établi le 3 mars 1997 un certificat médical indiquant que l'assuré souffrait d'une affection de longue durée sous la forme d'un diabète insulino-dépendant nécessitant deux injections par jour.
3. En déplaçant une caisse à son domicile le 30 novembre 1997, l'intéressé a subi une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. La Caisse nationale suisse d'accidents (CNA) a pris en charge l'accident.
4. La capacité de travail de l'assurée a été nulle du 3 décembre 1997 au 9 février 1998, de 50% du 10 février au 13 octobre 1998, à nouveau nulle du 14 octobre au 15 novembre 1998, de 50% du 16 novembre 1998 au 31 mai 1999 et enfin, de 100% dès le 1<sup>er</sup> juin 1999. La CNA a donc cessé de verser des indemnités journalières à l'assuré à compter du 1<sup>er</sup> juin 1999.
5. Dans un rapport médical du 30 mars 1999, le Dr M \_\_\_\_\_ a précisé que les séquelles au niveau de l'épaule droite justifiaient que l'assuré évite dans ses activités futures de faire des mouvements amples et répétitifs, de maintenir le membre supérieur droit écarté du tronc et de porter des charges. Le médecin a estimé que dans une activité adaptée, telle que celle de micro-mécanicien, l'assuré pourrait travailler à temps complet et avec un rendement total, ce que l'intéressé reconnaissait d'ailleurs spontanément.
6. Par décision du 13 décembre 1999, la CNA a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré au motif que les séquelles de l'accident n'étaient pas de nature à réduire sa capacité de gain puisqu'il était apte à exercer une activité professionnelle, à temps complet et avec un rendement total, en particulier dans la profession de micro-mécanicien déjà pratiquée pendant plusieurs années. Cette décision a été confirmée sur opposition en date du 7 avril 2000.
7. L'assuré a déposé le 14 avril 1999 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) tendant à son reclassement dans une nouvelle profession.

8. Son médecin traitant, le Dr N\_\_\_\_\_, a établi le 14 février 2001 un rapport à l'intention de l'OCAI. Il y a indiqué que son patient souffrait d'une lésion de la coiffe du rotateur de l'épaule droite depuis le 30 novembre 1997 et y a joint une expertise du Dr M\_\_\_\_\_, exposant que l'assuré avait eu besoin d'un traitement médical depuis le 18 février 1995, que son état était stationnaire et que depuis le 30 mars 1999, sa capacité de travail n'était que de 50%.
9. Le médecin-conseil de l'OCAI a quant à lui relevé que le diabète de l'assuré n'avait pas entraîné de complications ni d'incapacité de travail.
10. Dans un prononcé daté du 24 avril 2001, l'OCAI a considéré que l'assuré avait retrouvé une capacité de travail totale, notamment dans le métier de micro-mécanicien. En revanche, il lui a reconnu un degré d'invalidité de 50% pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 1998 (correspondant à l'échéance du délai de carence d'une année à partir du 30 novembre 1997) au 31 août 1999 (3 mois après l'amélioration de sa capacité de gain le 31 mai 1999) et lui a octroyé une demi-rente d'invalidité.
11. Par décision du 16 mai 2001, faisant suite à la communication du 25 avril 2001 de l'OCAI, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après l'Office), a par ailleurs refusé à l'assuré l'octroi de mesures professionnelles.
12. L'assuré a interjeté recours le 26 mai 2001 contre la décision du 16 mai 2001. Il expose qu'il travaille encore à temps partiel car il ne peut effectuer de lourdes tâches et n'a jamais retrouvé une pleine capacité de travail - en particulier pas dans la profession de micro-mécanicien -, qu'il est diabétique, souffre et suit un traitement médical, que sa situation financière est précaire et qu'il lui est impossible de retrouver du travail à l'âge de 62 ans.
13. Par décision du 11 juin 2001, faisant suite au prononcé du 16 mai 2001, l'Office a confirmé l'octroi à l'assuré d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 1998 au 31 août 1999.
14. Dans son préavis du 22 août 2001, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il expose qu'une mesure de reclassement professionnel est inutile compte tenu du fait que le recourant est considéré comme capable d'exercer à plein temps la profession de micro-mécanicien ; par ailleurs, l'assuré ne présente pas d'invalidité de sorte qu'il ne saurait prétendre à une aide au placement. L'OCAI indique également qu'il ne saurait s'écarter de l'évaluation du degré d'invalidité effectuée par la CNA. Au surplus, il relève que la décision d'octroi d'une demi-rente rendue le 11 juin 2001 est entrée en force, sans avoir été contestée.

---

**EN DROIT**

1. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après LAI ; RS 831.20) et de son règlement, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 .

2a. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ ; E 2 05) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. article 56V LOJ).

2b. Par ailleurs, conformément à l'article 69 LAI, les décisions en matière d'assurance-invalidité peuvent faire l'objet d'un recours devant les autorités de première instance compétentes en matière d'assurance-vieillesse et survivants. Or, l'article 200 alinéa 3 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS ; RS 831.101) précise que lorsque le recourant obligatoirement assuré est domicilié à l'étranger, ce qui est le cas en l'espèce, l'autorité compétente pour connaître du recours est celle du canton dans lequel l'employeur de l'assuré a son domicile ou son siège. En l'occurrence, le

---

recourant a le statut de frontalier et exerce une activité auprès de la société Atiks SA, à Genève.

La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.

3a. Interjeté en temps utile, il ne fait aucun doute que le recours contre la décision du 16 mai 2001 rejetant la demande de mesures professionnelles est recevable conformément aux articles 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après LAI ; RS 831.20) et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10) alors applicables.

3b. En revanche, l'autorité intimée fait valoir que sa décision du 11 juin 2001 serait entrée en force, l'assuré ne l'ayant pas attaquée dans le délai légal.

Cet argument ne saurait être retenu sans autre. Certes, le taux d'invalidité a fait l'objet d'une décision rendue le 11 juin 2001 contre laquelle aucun recours n'a été spécifiquement interjeté. Cependant, elle a été précédée, le 24 avril 2001, d'un prononcé, pourvu de moyens de droit indiquant qu'un recours était possible dans les trente jours auprès de la Commission cantonale de recours (pièce 4, fourre 1 OCAI). Qui plus est, l'autorité intimée, dans sa décision du 16 mai 2001 portant sur les mesures professionnelles, y a fait expressément référence en ces termes : « Par notre prononcé du 24 avril 2001, vous avez été mis au bénéfice d'une demi-rente pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 1998 au 31 août 1999 ». Dès lors, le recourant pouvait raisonnablement penser que son recours du 26 mai 2001, dans lequel il fait valoir qu'il ne peut travailler plus qu'il ne le fait, suffisait pour contester tant le refus de mesures professionnelles que le taux d'invalidité retenu. Il relèverait en l'espèce sans doute d'un formalisme excessif que de lui faire grief de n'avoir pas redéposé recours après la dernière décision.

Quoi qu'il en soit, la question de la recevabilité du recours peut demeurer ouverte en l'occurrence, dans la mesure où il s'avère infondé quant au fond, ainsi qu'il ressort des considérants suivants.

4a. L'invalidité est définie par la loi comme la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 LAI).

L'incapacité de gain consiste en la diminution moyenne prévisible des possibilités de gain de la personne concernée sur l'ensemble du marché du travail équilibré pouvant entrer en considération pour elle (ch. 1017 de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI]).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. En ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyer une demi-rente et, si son invalidité atteint  $66 \frac{2}{3} \%$ , une rente entière (art. 28 al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre droit à une demi-rente (art. 28 al. 1bis LAI).

4b. La notion d'invalidité utilisée dans l'assurance-invalidité correspond en principe à celle retenue dans l'assurance accidents obligatoire (et dans l'assurance militaire), raison pour laquelle l'évaluation de l'invalidité, même si elle doit être faite en principe de manière indépendante dans chaque branche d'assurance, doit normalement conduire au même résultat lorsque l'atteinte à la santé est la même (VSI 2001 consid. 2a p. 81)

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA), des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée (voir ATF 119 V 471 consid. 2b). L'estimation de l'invalidité d'une assurance sociale ne doit en effet pas être considérée comme déterminante si elle repose sur une erreur de droit ou

---

si elle procède de l'exercice non soutenable d'un pouvoir d'appréciation. De même, le degré d'invalidité admis par une assurance-accidents doit demeurer sans effet lorsqu'il se base seulement sur une transaction (VSI 2001 consid. 2b 81s; 112 V 175 consid. 2a ; RCC 1987 397).

Par ailleurs, il s'agit de relever qu'une fixation précise du degré d'invalidité n'est pas toujours nécessaire pour les affaires de l'assurance-invalidité car, en raison de l'échelonnement des rentes moins détaillé (qui ne connaît que les rentes entières, les demi-rentes et les quarts de rente), il suffit parfois, pour fixer les prestations, que les valeurs limites de 40%, 50% ou 66 2/3% déterminantes pour l'ampleur du droit à la rente soient clairement atteintes ou au contraire clairement exclues (voir ATF 119 V 473 consid. 3d). Dans de tels cas, l'évaluation de l'invalidité faite par les organes de l'AI n'a qu'une incidence limitée pour les autres organismes d'assurances sociales (VSI 2001 consid. 2b p. 81s.). Il n'en reste pas moins que si, dans un cas donné, il n'y a pas de raison de s'écarter de l'évaluation d'un autre assureur, la détermination de l'invalidité doit être identique pour tous les assureurs (VSI 2001 p. 271s. consid. 4d).

La LPGA n'a d'ailleurs pas instauré de primauté de l'évaluation de l'invalidité par un assureur déterminé. La fixation de telles priorités comporte en soi le danger de conférer à un acte administratif d'un assureur des effets dépassant largement le domaine de ses intérêts, ce qui pourrait conduire à une disproportion entre le pouvoir de décision qui lui revient et les conséquences qu'il peut faire naître. Toutefois il faut chercher à éviter que l'invalidité d'une même personne soit évaluée à des degrés différents par les divers assureurs qui s'occupent de son cas. L'uniformité de la notion d'invalidité ne libère certes pas les divers assureurs sociaux de l'obligation de procéder chacun de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité dans chaque cas concret. Ils ne peuvent en aucun cas se borner à reprendre sans autre examen le degré d'invalidité fixé par un autre assureur. Il ne convient cependant pas non plus que l'invalidité soit fixée dans les diverses branches des assurances sociales de manière complètement indépendante des décisions déjà prises par d'autres

assureurs. A tout le moins, des évaluations de l'invalidité entrées en force ne sauraient être purement ignorées. Elles doivent au contraire être considérées comme un indice pour une évaluation fiable et être incluses en tant que tel dans le processus de décision de l'assureur qui ne se prononce que plus tard.

Il n'est pas admissible sans motifs pertinents de remplacer une appréciation en soi soutenable de la part de l'assureur qui a décidé le premier par une autre décision relevant de l'appréciation - même si la motivation de cette décision est elle aussi soutenable. Pourrait par contre justifier une décision différente d'une évaluation de l'invalidité par un autre assureur déjà entrée en force, le fait que l'autre assureur ait procédé à des clarifications extrêmement concises et imprécises et qu'il en ait tiré des conclusions guère convaincantes ou non adéquates (VSI 2001 consid 2d p. 82ss).

4c. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que les rapports se fondent sur des examens complets, qu'ils prennent également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; pratique VSI 3/ 2000, page 174).

Lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent 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 122 V 161 consid. 1c; ATFA du 5 mars 1998 en la cause D.R.L.).

Il convient encore de rappeler que les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont une valeur probante inférieure à celle des spécialistes (RCC 1988 page 504).

---

Enfin, concernant la capacité de travail d'un assuré, la mesure de l'activité lucrative que l'on peut raisonnablement exiger d'une personne dépend de critères subjectifs et objectifs. Sont notamment déterminants les éléments suivants : la limitation liée au handicap ; les circonstances personnelles ; les mesures de réadaptation envisageables (chiffre 3045 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence, ci-après CIIAI).

4d. En l'espèce, une décision a été rendue en matière d'assurance-accidents en date du 13 décembre 1999. Elle a été confirmée sur opposition le 7 avril 2000 et est entrée en force (pièce 28, fourre 4 OCAI). Il a été considéré que l'assuré était apte à exercer à plein temps et avec un rendement total, une activité professionnelle adaptée. Celle de micro-mécanicien a été jugée comme telle puisqu'elle lui permettait d'éviter les mouvements amples ou répétés du bras droit, le maintien de celui-ci écarté du tronc et le port de charges. L'assurance-accidents a basé son estimation sur l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_, à laquelle elle a reconnu une pleine valeur probante.

Certes, le médecin traitant du recourant est d'un avis divergent puisqu'il ne reconnaît à son patient qu'une capacité de travail de 50%. Force est cependant de constater que son avis n'est pas motivé et de rappeler que la position du médecin traitant revêt une valeur probante moindre. Il ne saurait suffire en l'occurrence à mettre en doute le rapport d'expertise du Dr M\_\_\_\_\_.

En conséquence, c'est donc à juste titre que l'autorité intimée s'est conformée au degré d'invalidité retenu par l'assurance-accidents puisqu'elle ne disposait pas d'indices suffisants lui imposant de s'en écarter.

5a. S'agissant à présent des mesures professionnelles, l'article 8 alinéa 1 LAI précise que les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Elles comprennent en particulier des mesures d'ordre

---

---

professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement ; art. 8 al. 3 let. b LAI ; cf. également art. 15 à 18 LAI). Pour déterminer si une mesure est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou à favoriser l'usage de la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 1001 V 101ss consid. 2), qui ne seront pas allouées si elles sont selon toute vraisemblance vouées à l'échec. En effet, des mesures de réadaptation ne sont à la charge de l'assurance-invalidité que s'il existe une proportion raisonnable entre leur coût et leur utilité prévisible.

Le chiffre 4013 de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel (ci-après CMRP) indique que le reclassement n'est pas nécessaire, du point de vue de l'invalidité, si la personne a été réadaptée de manière suffisante et acceptable ou s'il est possible de lui offrir, sans formation supplémentaire, un poste de travail approprié et dont on peut attendre d'elle qu'elle l'accepte.

Par ailleurs, l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-invalidité doit faire tout ce que l'on est en droit d'attendre de lui pour diminuer les effets de son invalidité en tirant parti de sa capacité résiduelle de travail, fût-ce au prix d'un effort considérable (ATF 123 V 96 consid. 4c ; 113 V 28 consid. 4a et les références citées). En vertu de ce principe, le devoir d'auto-réadaptation, en tant qu'expression de l'obligation générale de réduction du dommage, précède non seulement le droit à la rente mais aussi le droit légal à la réadaptation (ATF non publié du 14 octobre 1997 en la cause G.D. et ATF 113 V 28 consid. 4a et les références, RCC 1987 p. 458).

Il convient encore de préciser qu'un taux d'invalidité inférieur à 20% n'ouvre en principe pas droit à des mesures de reclassement professionnel (ATF 124 V 110 consid. 2b).

5b. Dans le cas particulier, il ressort du rapport médical établi par le Dr M\_\_\_\_\_ le 30 mars 1999 que le recourant peut continuer à exercer

---

son métier de micro-mécanicien à temps complet et avec un rendement total. C'est par conséquent à juste titre que l'autorité intimée a considéré cette activité comme raisonnablement exigible de l'assuré, puisqu'il est titulaire d'un diplôme en micro-mécanique et a déjà exercé cette profession. Au surplus, il apparaît que le diabète insulino-dépendant dont il souffre de longue date est sans incidence sur sa capacité de travail, ainsi que cela ressort implicitement du rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 14 février 2001.

Enfin, l'argument selon lequel l'âge du recourant ne lui permettrait pas de retrouver une place de travail ne peut être retenu. En effet, lorsque la recherche d'une place de travail est rendue difficile pour d'autres raisons que l'invalidité, par exemple le manque de places disponibles sur le marché du travail, l'âge de la personne assurée, le fait de parler une langue étrangère, etc., l'assurance-invalidité n'a pas à entrer en matière (cf. chiffre 5005 CMRP ; Pratique VSI 2000, p. 70).

Dès lors, force est de reconnaître que l'Office a refusé à juste titre l'octroi d'une mesure de reclassement professionnel qui serait inutile au vu des dispositions jurisprudentielles, légales et réglementaires précitées.

A toutes fins utiles, il sied de préciser que le recourant n'a pas non plus droit à une aide au placement, en application de l'article 18 LAI, puisqu'il ne présente plus d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> septembre 1999.

6. Eu égard aux considérations qui précèdent, il s'avère que les arguments invoqués par le recourant ne peuvent être retenus. Le recours est donc rejeté dans la mesure où il est recevable.

\* \* \*

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

**Statuant**

1. Rejette le recours dans la mesure où il est recevable.
2. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement qu'elle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :

Janine BOFFI

La présidente :

Karine STECK

Le Secrétaire-juriste : Alain ACHER

Le présent jugement est communiqué pour notification aux parties et à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe