

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2066/2010

ATAS/929/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 14 septembre 2010

En la cause

Monsieur R_____, domicilié à Carouge, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Van LOON J. Potter

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Patrick MONNEY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur R_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1982, a obtenu en 2005 un certificat fédéral de capacité de storiste. Il a ensuite travaillé en qualité de monteur en stores auprès de l'entreprise X_____ d'octobre 2005 à juin 2006, puis de Y_____ SA, dès le 1^{er} juillet 2006.
2. L'assuré a été en incapacité de travail à 100 % du 12 avril au 30 septembre 2007, à 50 % du 30 septembre 2007 au 30 octobre 2007, puis à 100 % dès le 30 octobre 2007.
3. L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité pour adulte, tendant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle, le 4 février 2009, suite à un accident survenu le 12 avril 2007 ayant entraîné une entésopathie, une insertionite post-traumatique d'aspect distal du tendon d'Achille droit et une entorse de la cheville.
4. Le 19 février 2009, la SUVA assureur-accident a transmis son dossier à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) contenant les documents et renseignements mentionnés ci-dessous :
 - a) Selon la déclaration d'accident du 8 mai 2007, l'assuré a reçu un coup en jouant au football le 31 mars 2007 et il est incapable de travailler depuis le 13 avril 2007. La radiographie effectuée le 17 avril 2007 montre des signes d'entésopathie calcifiante en regard de l'insertion calcanéenne du tendon d'Achille, l'absence d'éperon calcanéen et l'absence de lésion traumatique et d'anomalie de structure des pièces osseuses.
 - b) La Dresse A_____, médecin traitant de l'assuré, diagnostique une entorse moyenne de la cheville droite et une tendinite post-traumatique et confirme l'incapacité de travail à 100 % jusqu'en septembre 2007, par des rapports médicaux intermédiaires successifs adressés à la SUVA. Une radiographie effectuée le 27 avril 2007 montre un discret bâillement en varus forcé avec une angulation estimée à 3,6° évoquant une discrète entorse, mais pas de trajet facturaire au niveau des malléoles internes et externes. L'assuré a perçu des indemnités journalières de la SUVA dès le 13 avril 2007. L'IRM du pied droit et du talon d'Achille droit effectuée le 27 juin 2007 montre des signes d'entésopathie d'insertion du tendon d'Achille avec péri-tendinite et composante modérée d'œdème sur le calcanéum, mais pas de signe de déchirure.
 - c) Mandatée par la SUVA, la Dresse B_____ a procédé à l'examen médical détaillé de l'assuré le 27 août 2007, qui pose le diagnostic de status après choc direct sur la cheville droite et tendinopathie du tendon d'Achille en

voie de résolution. L'expert conclut qu'au vu de l'excès pondéral du patient, de son manque d'exercice durant ces derniers mois, la reprise du travail d'abord à 50 % doit être faite dès le 3 septembre 2007 durant dix à quinze jours, puis une reprise totale doit être possible. L'échéance de la guérison devrait être fin septembre 2007. Si le problème devait s'aggraver lors de la reprise du travail, il faudrait alors rapidement revoir le patient, surveiller son traitement, envisager une immobilisation plâtrée de quelques semaines, puis une physiothérapie de proprioception ou une évaluation au centre de réadaptation.

L'anamnèse mentionne que l'assuré a été fauché par derrière en jouant au football le 31 mars 2007, recevant un coup de pied sur la partie postérieure de sa cheville droite. Il a fait une chute, ressenti une vive douleur traitée par application de glace, mais il a consulté le 12 avril 2007 au vu de la persistance dans la difficulté à marcher. Les radios n'ont pas montré de lésion particulière et l'assuré a été traité par une attelle plâtrée pendant dix jours, la reprise du travail ayant été initialement programmée pour le 26 avril 2007. N'allant pas mieux, le patient a consulté son médecin traitant, la Dresse A _____, qui prolonge l'arrêt de travail. Le patient est mis au bénéfice de physiothérapie anti-inflammatoire, il consulte le Dr C _____ en juin 2007, qui prolonge l'incapacité de travail et poursuit le traitement de physiothérapie. S'agissant des plaintes du patient, il s'agit de douleurs sur la malléole externe remontant sur la face latérale du mollet, tout appui ou pression au niveau de l'insertion du tendon d'Achille est douloureux, il y a une petite gêne à la montée des escaliers, une douleur à la descente, quelques douleurs à la marche. Le patient pèse 120 kilos pour 1 m 75. L'examen clinique montre une douleur à la pression de l'insertion du tendon d'Achille, du ligament péronéo-calcanéen antérieur, quelques gênes et difficultés à droite à la marche sur les talons. L'examen radiologique ne montre pas de lésion traumatique osseuse et le bâillement de l'articulation tibio-astragalienne est minime.

- d) Suite à cette expertise, le Dr C _____ réduit l'incapacité de travail de l'assuré à 50 % dès le 3 septembre 2007. Par courrier du 24 septembre 2007, le Dr C _____ propose à la SUVA une intervention de type « exploration et résection de calcification post-traumatique de l'angle postéro-interne du tendon d'Achille », maintenant la reprise du travail à 50 %, car une reprise complète est impossible au vu des symptômes du patient. Le Dr C _____ atteste à nouveau d'une incapacité de travail à 100 % dès le 30 octobre 2007.
- e) Sur demande de la SUVA, l'assuré est examiné par le Dr D _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, le 20 décembre 2007. Le rapport du médecin d'arrondissement résume le dossier, prend note des déclarations du patient, en partie du fait qu'il a toujours mal depuis avril et prend du Dafalgan. L'examen clinique indique que

la marche se fait sans particularité, il y a des douleurs localisées à l'insertion calcanéenne du tendon d'Achille dans la région postérieure et latérale, ainsi qu'une limitation de l'extension de la cheville en raison des douleurs. La mobilité articulaire de la cheville est pour le surplus normale. L'appréciation du médecin, sur la base des éléments radiologiques disponibles, est qu'il n'y a pas d'entorse significative au niveau de la cheville droite, le médecin précisant que la chirurgie de l'insertion du tendon d'Achille sur le calcanéum est un domaine délicat dans lequel il n'a pas suffisamment d'expérience pour confirmer ou infirmer une indication opératoire.

Par avis du 16 janvier 2008, le Dr E _____, spécialiste en orthopédie chirurgicale, indique que l'opération proposée est contre-indiquée car l'on sait d'expérience que ce type d'intervention n'a pas d'avantage pour le patient mais, au contraire, peut augmenter les douleurs. Par ailleurs, l'examen clinique et radiologique ne justifient plus d'arrêt de travail.

- f) Le Dr C _____ prolonge l'incapacité de travail de l'assuré au-delà de février 2008. L'assuré est licencié avec effet immédiat le 29 janvier 2008, car son employeur, se fondant sur l'avis de la SUVA, l'a enjoint de reprendre le travail. La SUVA admet la prolongation de l'incapacité de travail jusqu'à la prochaine évaluation du Dr C _____, en principe courant février 2008. Le contrat de travail a ensuite été prolongé au 30 juin 2008.

Selon le rapport médical du Dr C _____ du 13 mars 2008, l'évolution de l'assuré est mauvaise, avec une persistance des douleurs et du handicap ressenti. Aucune autre investigation n'a été entreprise postérieurement à l'IRM du 27 juin 2007. L'incapacité de travail de 100 % persiste et elle est justifiée compte tenu du fait que le patient ne peut pas monter des échelles. Le médecin estime qu'il n'y a pas de facteur étranger qui explique ce qui précède. Il estime que seule une solution chirurgicale consistant à une résection osseuse par arthroscopie de la tubérosité calcanéenne au niveau interne et externe permettrait d'éliminer cette souffrance.

- g) Les indemnités journalières de la SUVA ont été versées directement à l'assuré jusqu'à fin mars 2008. Sollicité à nouveau par la SUVA, le Dr E _____ donne son avis le 26 mars 2008, proposant au Dr C _____ de procéder à une nouvelle IRM afin de disposer de nouvelles constatations pour déterminer la marche à suivre. Le médecin estime que l'assuré persiste dans ses troubles pour abandonner définitivement le monde du travail et bénéficier de l'assurance sociale pour le restant de ses jours et interpelle le Dr C _____ pour savoir si ce dernier est convaincu que l'assuré n'aura plus de trouble après l'opération, ou du moins pas de trouble significatif et qu'il sera en mesure de reprendre son travail au plus tard huit semaines après l'intervention.

- h) Selon la radiographie du calcaneum droit et l'IRM de la cheville droite effectuées le 11 avril 2008, il y a une entésopathie d'insertion du tendon d'Achille sur le calcaneum, visible essentiellement sous forme d'une petite zone d'œdème osseux au niveau de son insertion et pas de signe de déchirure. Il n'y a ni arthropathie significative objectivable, ni épanchement intra-articulaire décelable, pas d'altération significative du tendon d'Achille. Par avis du 15 avril 2008, le Dr C_____ indique qu'il ne peut certainement pas garantir qu'après l'intervention de décompression et de résection des calcifications intra-tendineuses du bord interne du calcaneum, le patient récupère à 100 % et qu'il devienne absolument asymptomatique. Toutefois, il ne voit pas quelle autre solution est offerte, vu la persistance du handicap et des douleurs, empêchant le patient de reprendre son travail. Le patient est cependant très motivé, de sorte que le Dr C_____ persiste à proposer un acte chirurgical. Le Dr E_____ informe la SUVA le 22 avril 2008 qu'il convient à son avis de clore le cas.
- i) A la demande de la SUVA, l'assuré est soumis à un nouvel examen du Dr D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, le 13 mai 2008. Le médecin procède à un résumé du dossier et conclut qu'il existe une situation conflictuelle sur deux plans. Du point de vue professionnel, l'assuré a été licencié pour absence de poste au travail, alors qu'un délai avait été discuté entre le médecin traitant et le Dr E_____. Sur le plan médical, le Dr C_____ et le Dr E_____ ont un point de vue différent. Le Dr D_____ conclut que si la SUVA estime qu'elle a des données suffisantes pour contester l'incapacité de travail, elle doit dès lors rendre une décision.
- j) Par avis du 6 juin 2008, le Dr E_____ indique qu'il convient de laisser le Dr C_____ opérer son patient, puis il faut, trois mois après l'opération, faire le bilan. Il ressort du rapport opératoire du 24 juin 2008 que l'assuré a subi une résection d'os et de tissu inflammatoire de la tubérosité calcaneenne. Après l'intervention, le médecin obtient une bonne décompression du tendon. Le Dr C_____ prolonge l'incapacité de travail à 100 % jusqu'au 22 septembre 2008.
- k) A la demande de la SUVA, l'assuré est soumis à la consultation du Dr D_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, le 19 novembre 2008. Le médecin procède au résumé du dossier, en particulier des radiographies effectuées le 26 novembre 2008, dont il ressort, des deux côtés de la cheville, une absence de tronc calcaneen et une absence d'anomalie de structure des pièces osseuses, notamment de la grosse tubérosité calcaneenne, de discrets remaniements du calcaneum en regard de l'insertion du tendon d'Achille à droite avec présence de deux calcifications d'environ deux millimètres de diamètre chacune en regard de la partie distale du tendon, ainsi

qu'une tuméfaction des parties molles en regard de l'insertion calcanéenne du tendon d'Achille à droite, et la présence à ce niveau d'hyperdensité métallique punctiforme. L'IRM de la cheville droite pratiquée le même jour montre l'absence d'anomalie de signal spongieux sur l'ensemble du calcanéum, l'absence d'arthropathie significative au niveau tibio-astragalien ou sous-astragalien, l'absence d'éperon calcanéen ou de signe d'aponévrosite plantaire.

Le médecin prend note des déclarations du patient, qui indique qu'il ne peut toujours pas s'appuyer sur son talon droit et ne peut pas dérouler le pas. L'assuré estime que la douleur est identique avant et après l'opération et il l'évalue à 8 sur une échelle de 10, lorsqu'il marche. La physiothérapie n'apporte pas de bénéfice, de sorte qu'elle a été arrêtée. A l'examen, le patient mesure 1 m 74 pour 119 kilos. La région de la cicatrice est douloureuse à la palpation, la mobilité articulaire est normale des deux côtés. L'appréciation du Dr D_____ est que les nouvelles investigations réalisées n'ont pas permis de clarifier la situation et d'avancer vers une explication quant à l'origine des douleurs présentées par l'assuré.

- 1) Par avis du 27 janvier 2009, le Dr E_____ indique qu'il n'explique pas non plus les fins éclats de métal que l'on voit sur les clichés, ainsi que sur l'IRM. Il pourrait s'agir de débris d'abrasion qui se sont détachés lors du découpage de parties d'os aux ciseaux à os, mais ces fragments n'ont pas de signification pathologique. Il estime plus grave que l'opération soit restée sans effet, ce qu'il craignait. L'absence d'amélioration fait naître d'importantes suspicions quant à une exagération et une évolution psychosomatique. Il suggère de soumettre le patient à un suivi prolongé en traitement stationnaire, afin de le déshabituer des béquilles, d'améliorer la marche et d'engager des mesures de réinsertion dans le processus de travail, par un traitement stationnaire d'environ six semaines au centre de réadaptation.
5. Selon le rapport médical du Dr C_____ destiné à l'OAI du 24 février 2009, les suites postopératoires ont permis une amélioration progressive de la symptomatologie algique, mais pas une récupération à 100 % pour l'instant. Le patient marche sans boiterie mais, lors d'efforts prolongés ou appuyés, les douleurs réapparaissent au niveau du talon d'Achille droit. Le traitement consiste en de la physiothérapie. L'activité exercée est difficilement exigible, car le patient doit monter sur des échelles. Les limitations fonctionnelles sont la station debout prolongée, la marche, la position accroupie, à genoux, montée des échelles et des escaliers.
6. Selon le rapport de l'employeur du 11 mars 2009, le contrat de travail a été résilié le 30 juin 2008, le salaire depuis le 1^{er} janvier 2007 s'élevait à 63'050 fr./an, sans compter l'indemnité de repas de 285 fr. par mois. L'activité de l'assuré impliquait souvent de rester debout, de soulever des charges légères et de marcher.

7. L'assuré a été mis au bénéfice d'une orientation professionnelle au sein des Établissements publics pour l'intégration (EPI) du 27 avril au 22 mai 2009. Selon le rapport du 29 juin 2009 des EPI, l'assuré a des capacités physiques exploitables, sauf dans la position debout statique qui est évitée ou interrompue après dix à quinze minutes, des capacités d'intégration sociale exploitables dans tous les domaines. L'assuré est intéressé par l'informatique, mais cela n'est pas retenu en raison de la longue formation nécessaire et de la lenteur de l'assuré dans les exercices de type scolaire. Les cibles professionnelles retenues sont gérant technique d'immeuble, contrôleur au check-in de l'aéroport, chauffeur de taxi ou technicien-storiste. L'assuré est particulièrement intéressé par la profession de gérant technique d'immeuble, pour laquelle une formation interne en entreprise serait nécessaire. L'assuré estime que son ancien travail est difficile en raison des escaliers et des échelles à grimper, mais admet parfois qu'il pourrait physiquement exercer son ancien métier.

8. Le 11 mai 2009, la SUVA a transmis à l'OAI le rapport de la Clinique romande de réadaptation du 20 avril 2009, dans laquelle l'assuré a séjourné du 10 mars au 7 avril 2009. Les Drs L_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation en chirurgie orthopédique, et M_____, médecin hospitalier, posent comme diagnostic primaire : thérapies physique et fonctionnelle (Z 50.1) et comme diagnostics secondaires : contusion de la face postérieure du talon droit; enthésopathie d'insertion du tendon d'Achille avec péricardite dans les suites, diagnostiquée en 2007; révision de l'insertion distale du tendon d'Achille avec décompression du tendon au niveau de la tubérosité calcanéenne; douleurs postérieures chroniques du calcaneum D; morphologie de la grosse tubérosité du calcaneum droit, compatible avec une maladie de Haglund. Le status à l'entrée indique, s'agissant de la marche, qu'il n'y a pas de boiterie, la marche sur les talons et les pointes est réalisée, l'accroupissement est limité à 70° et le patient allège des douleurs en flexion dorsale du pied, à la face postérieure du talon. L'appui unipodal est tenu, moins bien à droite qu'à gauche. L'examen des hanches, des genoux, des chevilles et des pieds est détaillée. Le patient a été soumis à des investigations hématologiques, radiologiques, de la physiothérapie, une évaluation de ses capacités fonctionnelles, une consultation orthopédique et un consilium psychiatrique.

Le patient déclare ne pas pouvoir marcher plus de dix minutes, être très limité dans toutes les activités de la vie quotidienne, ne pas sortir de chez lui si ce n'est pour faire quelques courses proches de chez lui, ne pas pouvoir s'accroupir et avoir de la peine à monter et descendre les escaliers. Le physiothérapeute observe toutefois que le patient se déplace sans problème dans la clinique, qu'il peut marcher en tout cas dix minutes sans augmentation de la boiterie, qu'il peut monter et descendre les escaliers en alterné et qu'il est indépendant pour toutes les activités dans la clinique, et peut faire des activités en position debout pendant au minimum vingt à vingt-cinq minutes, en fin de séjour. Il ressort de la consultation orthopédique du 23 mars

2009 du Dr G _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, que la cheville est souple, l'arrière-pied est souple, l'appui podoscopique est normal, la varisation du talon est normale à la marche sur la pointe des pieds. Le patient est gêné lorsqu'il amorce le déroulement du pas, les douleurs sont aussi exacerbées en cas de pression sur la face interne de la cicatrice, légèrement inflammatoire. Le médecin est surpris que l'évolution des douleurs soit si lente et que le patient n'ait pas été amélioré par un bon chaussage et des patchs de Flector. Le chirurgien a discuté du cas avec un confrère, qui est d'accord avec la poursuite d'une tentative de traitement conservateur et si après deux mois, une tentative de reprise de travail échoue, le patient devra être revu par un spécialiste de la chirurgie du pied pour discuter d'une ostéotomie de Kelly-Keck, qui pourrait détendre le talon d'Achille et améliorer la dynamique de l'arrière-pied. Dans le cadre du bilan multidisciplinaire, un examen psychiatre est réalisé par la Dresse H _____, psychiatre, qui ne retient aucun diagnostic psychiatrique et précise que les éléments dépressifs relevés à l'admission se sont améliorés avec le début du programme de rééducation. Une évaluation des capacités fonctionnelles est réalisée, dont il ressort que le patient sous-estime ses aptitudes fonctionnelles. Il est observé que le patient est moyennement limité pour la montée d'échelle et d'escaliers, dans le port de charges de plus de 15 à 25 kg, et qu'il présente une boiterie à la marche rapide.

Le rapport conclut qu'en résumé, l'assuré allègue des douleurs du talon droit, deux ans après une contusion de la face postérieure du talon et neuf mois après une ablation locale et chirurgicale d'os et de tissu inflammatoire. Il n'y a pas d'explication clinique ou radiologique aux plaintes alléguées par le patient. Le bilan biologique est rassurant et ne montre pas de syndrome inflammatoire, aucun des traitements entrepris jusqu'à présent ne semble avoir de véritable impact. D'un point de vue orthopédique, il est proposé la poursuite d'un traitement conservateur et une reprise de l'activité professionnelle. Une ostéotomie de Kelly-Keck est théoriquement envisageable, mais la perception élevée de la douleur et du handicap, et la diminution des performances fonctionnelles au terme de quatre semaines de rééducation intensive sans explication médicale ne devraient faire envisager cette option chirurgicale qu'avec la plus extrême prudence.

Du point de vue médical, les médecins ne retiennent pas de limitation particulière et du point de vue professionnel, ils reconnaissent au patient une pleine capacité de travail dès le 14 avril 2009 comme storiste et ils invitent l'assuré à s'inscrire au chômage, tout en soulignant la nécessité d'améliorer sa condition physique. Le patient a clairement déclaré son désaccord avec cette capacité de travail, faisant valoir trop de difficulté à monter ou à descendre les escaliers. Les médecins ajoutent qu'après deux ans d'inactivité, en raison d'une douleur au talon, la réinsertion professionnelle continue à être problématique, la motivation du patient n'étant pas optimale. Le rapport conclut finalement à une incapacité de travail dans la profession actuelle de storiste de 100 % durant le séjour à la clinique du 10 mars au 13 avril 2009 et de 0 % dès le 14 avril 2009.

9. Entretemps et par pli du 9 avril 2009, sur la base du rapport de la clinique romande de réadaptation, la SUVA a confirmé la pleine capacité de travail de l'assuré depuis le 14 avril 2009, a mis un terme au versement des indemnités journalières à cette date et a invité l'assuré à s'annoncer à l'assurance chômage.
10. L'assuré s'est inscrit à l'office cantonal de l'emploi le 14 avril 2009.
11. Par communication du 9 août 2009, l'OAI informe l'assuré que des mesures d'ordre professionnel ne sont actuellement pas indiquées.
12. L'assuré a été soumis à un examen médical le 29 septembre 2009 auprès du médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr I_____, spécialiste en chirurgie. Le rapport du médecin contient un résumé précis du dossier depuis la déclaration d'accident du 8 mai 2007 et précise que suite à la consultation du 12 juin 2009, le Dr C_____, annonçait que le patient allait globalement mieux, mais que la Dresse A_____ indiquait que le patient se plaignait toujours de la persistance de douleurs. Lors de l'examen du 29 septembre 2009, le patient indique aller mieux, mais il s'attendait à une disparition des douleurs après l'opération de juin 2008, ce qui n'est pas le cas. Il affirme avoir mal après dix minutes de marche et avoir des difficultés à monter et descendre les escaliers. Il ne prend pas de médicaments, très occasionnellement du Dafalgan et estime ne pas pouvoir reprendre son activité de storiste, car la montée sur des échelles, la montée sur un escabeau et le travail en position de déséquilibre sont douloureux voire dangereux. Le rapport précise que le patient a mal vécu son séjour à la Clinique romande de réadaptation car il s'est senti soupçonné par le corps médical de prolonger son incapacité de travail pour des raisons assécurologiques et n'a pas bien vécu non plus l'entretien à l'Office AI où on lui aurait dit qu'il n'entrait pas en ligne de compte pour un reclassement professionnel, et où on l'a dirigé vers la sortie. Toutefois, le médecin relève que la situation médicale est en nette amélioration, voire carrément stabilisée. Il existe un léger dommage permanent sous forme de douleurs au tendon d'Achille droit, à la marche et à la montée d'escaliers, qui peut être estimé entre 0 et 4 % et qui ne donne donc pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle. Le cas est clôturé avec, à la charge de la SUVA, des anti-inflammatoires occasionnellement, de la physiothérapie pendant six mois à raison de quatre séances par mois et des consultations médicales en milieu spécialisé orthopédique deux fois par année.
13. Selon le rapport médical du Dr C_____ du 12 septembre 2009, l'état de santé du patient est resté stationnaire, les limitations fonctionnelles sont celles de la marche prolongée en pente et des montées d'escalier répétitives, la capacité de travail est de 100 % depuis le 14 avril 2009 dans une activité adaptée, de type gérant technique d'immeuble.

Selon le rapport médical de la Dresse A_____ du 18 octobre 2009, l'état de santé est resté stationnaire, les limitations fonctionnelles sont d'importants troubles au niveau de la cheville droite, les charges lourdes, les travaux lourds, les travaux en station debout prolongée et les travaux sur terrain irrégulier.

14. Le rapport du SMR du 14 janvier 2010 indique que l'incapacité de travail durable a débuté le 12 avril 2007. L'assuré est pleinement capable de travailler à 100 %, en tant que storiste, soit dans son activité habituelle, et dans une activité adaptée. Le SMR ne relève aucune limitation fonctionnelle. Le Dr J_____, spécialiste en médecine interne, et signataire du rapport, précise qu'il est justifié que l'Office AI s'aligne sur la position de la SUVA, étant rappelé que les divers médecins consultés par la SUVA ont admis une capacité de travail de 100% et ont encouragé l'assuré à reprendre son activité de storiste dès que possible. Les réserves mentionnées dans le rapport d'orientation des EPI du 23 juin 2009 ont été levées suite au séjour à la Clinique romande de réadaptation. Les rapports des médecins traitants, bien que postérieurs à l'évaluation du médecin de la SUVA, ne sont pas suffisamment distants pour justifier une réévaluation.
15. Par projet de décision du 2 mars 2010, l'OAI envisage de refuser des mesures professionnelles et une rente d'invalidité, motif pris que l'assuré est capable de travailler depuis le 14 avril 2009 dans son activité habituelle de storiste. La demande de prestations d'invalidité a été déposée le 6 février 2009 et le droit à la rente naît au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, soit le 1^{er} août 2009. A cette date, l'assuré ne présente aucune invalidité, de sorte qu'aucun droit à la rente n'est ouvert.
16. Par pli du 16 avril 2010, l'avocat de l'assuré formule des observations et conclut à l'octroi de mesures professionnelles adéquates, soit la prise en charge de tous les frais liés à la réinsertion professionnelle entreprise. Il allègue et offre de prouver que l'assuré est totalement incapable d'exercer son ancienne activité de storiste, de sorte que le seuil d'incapacité de 20 % pour prétendre à des mesures de l'AI est manifestement franchi.
17. Plusieurs échanges de correspondance entre le conseil de l'assuré et l'OAI s'en sont suivis, dès lors que les pièces du dossier auraient été remises à l'assuré postérieurement au délai de trente jours pour faire valoir des observations, de sorte que l'avocat de l'assuré invitait l'OAI à tenir compte des observations faites, au-delà du délai de trente jours, afin de respecter le droit d'être entendu de l'assuré.
18. Par décision du 11 mai 2010, l'OAI confirme son projet de décision et refuse toute prestation à l'assuré. S'agissant des objections à l'encontre du projet de décision contenu dans le courrier du 16 avril 2010, l'OAI indique que sur la base des nombreux rapports médicaux des médecins traitants et de la SUVA, le SMR a été

en mesure, sans besoin d'expertise ou autre acte d'instruction complémentaire, de conclure que l'activité habituelle était exigible à plein temps dès avril 2009.

19. Par acte du 14 juin 2010, l'assuré forme recours contre la décision de l'OAI et conclut à l'annulation de cette décision et à l'octroi de mesures professionnelles adéquates, soit la prise en charge de tous les frais liés à la réinsertion professionnelle entreprise et à l'audition des Drs C_____ et A_____, avec suite de dépens. Il fait valoir, d'une part, que l'OAI a violé son droit d'être entendu en ne lui transmettant pas le dossier, pour consultation, en temps utile, violation qui ne peut pas être réparée dès lors que le Tribunal n'a pas un plein pouvoir de décision, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée. En second lieu, l'assuré ne prétend pas à l'octroi d'une rente d'invalidité, mais sollicite des mesures professionnelles en vue de sa réadaptation et de sa réinsertion professionnelle dans une activité adaptée. Il estime que c'est à tort que l'OAI a fondé sa décision uniquement sur le dossier de la SUVA, lequel est contraire aux avis des médecins traitants dont il sollicite l'audition. En effet, il a été contraint de définitivement abandonner son ancienne activité, de sorte qu'un reclassement professionnel est indispensable. Au demeurant, la réinsertion professionnelle est possible et adéquate, les démarches entreprises par l'assuré ont démontré sa volonté de se réinsérer dans la vie professionnelle.
20. Par pli du 2 juillet 2010, l'OAI conclut au rejet du recours et répond aux griefs de l'assuré. S'agissant de la violation du droit d'être entendu, le dossier de l'assuré est à sa disposition et il peut le consulter en tout temps, ce qui n'oblige pas l'OAI à transmettre les pièces au fur et à mesure. Par ailleurs, la première demande de consultation du dossier est datée du 12 avril 2010 et le dossier a été envoyé le 14 avril 2010, de sorte que le droit d'être entendu n'a pas été violé. En second lieu, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, aux conditions établies par la jurisprudence, ce qui est manifestement le cas du rapport de la Clinique romande de réadaptation de la SUVA. Le médecin conseil de la SUVA a également rejoint les conclusions des médecins de la Clinique romande de réadaptation et invité l'assuré à reprendre son activité de storiste dès que possible, la SUVA ayant mis un terme aux prestations. Le taux d'invalidité était en principe fixé de la même manière en matière d'invalidité et d'assurance accident. Il n'y avait ainsi aucun motif de s'écarter de l'avis de la SUVA, de sorte que le taux d'invalidité du recourant est de 0 %, ce qui n'ouvre pas le droit à des mesures d'ordre professionnel, ni à une rente d'invalidité.
21. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 31 août 2010, l'assuré a déclaré : "Je suis inscrit au chômage depuis le 12 avril 2009. Dans ce cadre-là, un stage est organisé dans une régie d'immeubles pour trois mois, éventuellement prolongeable pour trois mois. Je perçois mes indemnités de chômage durant le stage. C'est un stage de gérant technique d'immeubles, lequel est chargé de faire les états des lieux d'entrée et de sortie et d'examiner, en cours de bail, s'il y a des

travaux à faire. Malheureusement, la régie en question n'a pas besoin d'un neuvième gérant technique actuellement. J'ai également demandé d'obtenir des cours par le biais du chômage, ce qui m'a été refusé. Par contre, j'ai été adressé à IPT (Intégration pour tous) pour faire un bilan de compétences, qui a dégagé plusieurs cibles : gérant d'immeubles, technicien-storiste. Le stage aux EPI a abouti aux mêmes cibles, ainsi que le domaine de l'informatique, qui m'a finalement été déconseillé car il connaît un fort taux de chômage.

Je persiste à dire que je ne peux pas m'accroupir, monter et descendre des escaliers (escabeaux et échafaudages), car cela provoque des douleurs à ma cheville droite. Pour cela, la cible de technicien-storiste a finalement été abandonnée, car il faut tout de même se rendre sur des chantiers et monter sur des échafaudages pour faire des mesures".

Le conseil de l'assuré a indiqué que le dossier envoyé par l'OAI est daté du 14 avril, mais a été posté le 19 avril seulement, soit après l'échéance du délai de trente jours pour faire valoir des observations suite au projet de décision. Les conclusions en annulation de la décision pour violation du droit d'être entendu et de renvoi à l'OAI pour instruction complémentaire étaient maintenues. L'OAI a persisté dans ses conclusions, estimant que l'assuré peut travailler en qualité de storiste, ce qui explique le refus d'un reclassement et que le taux d'invalidité n'ait pas été calculé, puis l'OAI a nié la nécessité d'une instruction complémentaire.

22. La cause a été gardée à juger à l'issue de l'audience.

EN DROIT

1. a) 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).

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 une décision de refus du 11 mai 2010, suite à un demande de prestation du 4 février 2009. 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 1er 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'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 2 mars 2010, qui a été confirmé par la décision du 11 mai 2010, contre laquelle l'assuré a interjeté recours devant le Tribunal de céans le 14 juin 2010.

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. Le litige porte sur l'octroi de mesures d'ordre professionnel, singulièrement sur un reclassement. L'assuré conclut à l'annulation du dossier pour violation du droit d'être entendu et sollicite, principalement, l'octroi de mesures d'ordre professionnel, subsidiairement, le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

4. a) Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1^{er}). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

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).

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).

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

-
5. a) 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. 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.

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.

b) 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. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement (art 17 LAI) est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). Le Tribunal fédéral a rappelé 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, outre le reclassement (9C_385/2009 du 13 octobre 2009).

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) et après l'entrée en vigueur de la 5e révision de l'AI (ATF 9C_416/2009, du 1^{er} mars 2010).

6. 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).

b) 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).

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) La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les références). Néanmoins, même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel peu être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui est dans l'intérêt ni de l'intimé, ni de l'assuré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.5).

Dans un récent arrêt, le Tribunal administratif fédéral a annulé une décision de l'office AI pour les assurés à l'étranger pour violation grave du droit d'être entendu, car la recourante n'avait pas reçu toutes les pièces du dossier de sorte qu'elle n'était pas en mesure de rédiger une écriture de recours motivée. Le Tribunal fédéral a précisé qu'en ne joignant pas au projet de décision (préavis) la documentation médicale déterminante, qui a permis à l'autorité de se forger une opinion, l'office ignore les buts de la procédure d'audition préalable à la décision qui sont de permettre au destinataire de comprendre les raisons qui ont conduit l'office à trancher de cette façon plutôt que d'une autre. Dans ce cas-là l'office AI aurait dû joindre à son préavis les avis du SMR sur lesquels il s'était fondé (arrêt du Tribunal administratif fédéral du 4 mars 2010 dans la cause C-6355/2009).

La garantie de la double instance doit être mise en relation avec le droit d'être entendu, avec lequel elle se confond dans une certaine mesure tout au moins ; elle n'est pas, en tant que telle dans le domaine du droit administratif, une garantie générale de procédure ou un droit constitutionnel des citoyens (ATF non publié du 17 août 2000, 1A.17/2000). Il s'agit pour les parties d'éviter qu'une réparation de la violation du droit d'être entendu n'ait pour conséquence de les priver de la

possibilité de faire valoir leurs arguments devant deux autorités successives (ATFA non publié du 8 novembre 2002, I 431/02, consid. 3.1).

7. Dans le cas d'espèce, le recourant estime que l'OAI a violé son droit d'être entendu en adressant à son avocat les pièces du dossier au-delà du délai de 30 jours fixé pour faire valoir ses observations au projet de décision du 2 mars 2009. Il s'avère en effet que l'avocat a sollicité le dossier le 12 avril 2009 (par fax), et a formulé des observations le 16 avril 2009, soit avant d'avoir pu prendre connaissance du dossier posté par l'OAI le 19 et reçu le 20 avril 2009. En premier lieu, il faut considérer que le délai de 30 jours fixé par l'OAI aux assurés pour faire part d'objections ou pour demander des renseignements complémentaires sur le projet peut être prolongé, contrairement à ce qui figure sur les projets de décision, la loi réservant le droit d'être entendu de l'assuré (art. 57a LAI). A cet égard, il est dans l'intérêt de tous qu'un mandataire puisse avoir connaissance du dossier avant de rédiger des observations, pour pouvoir, le cas échéant utilement conseiller son client et éviter d'inutiles procédures. D'ailleurs, les quelques jours généralement sollicités pour se déterminer en connaissance des pièces peuvent, s'ils sont utilisés avec compétence, raccourcir considérablement la procédure. En second lieu toutefois, les pièces essentielles du dossier étaient connues de l'assuré, puisque la décision est surtout fondée sur le rapport de la clinique romande de réadaptation mandatée par la Suva et qui a été communiqué le 20 avril 2009 aux deux médecins traitants de l'assuré par la clinique. Les divers avis des médecins mandatés par la SUVA ont aussi été adressés au médecin de l'assuré. Ce dernier pouvait donc transmettre à son conseil les pièces utiles pour déterminer les objections à faire. En troisième lieu, l'assuré, ou son assurance de protection juridique pouvaient solliciter copie du dossier à réception de la décision de l'OAI, entre le 3 et le 7 mars 2010, sans attendre la constitution d'un avocat début avril et l'échéance du délai de 30 jours prolongé au 20 avril 2009, en raison de la suspension des délais durant les fêtes de pâques. En dernier lieu, il s'avère que l'OAI a répondu aux objections formulées par le conseil de l'assuré dans sa décision. Compte tenu de l'ensemble des motifs qui précède, il faut considérer que le droit d'être entendu de l'assuré n'a pas été violé dans le cas d'espèce et, surtout, que même s'il l'avait été, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel serait exclu, par économie de procédure, car cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige.

L'assuré fait ensuite valoir que l'OAI aurait dû mettre sur pied une expertise, compte tenu des contradictions entre les avis ressortant du dossier de la SUVA et ceux de ses médecins traitants. Ce grief est indiscutablement mal fondé. D'une part, la jurisprudence reconnaît pleine valeur probante aux expertises et rapports médicaux émanant des médecins mandatés par un assureur, pour autant qu'ils répondent aux réquisits jurisprudentiels. Dans le cas d'espèce, il faut admettre que le rapport médical de la clinique romande de réadaptation du 20 avril 2009, qui est très complet, est fondé sur une anamnèse détaillée, des examens du patient par des spécialistes en chirurgie orthopédique et en psychiatrie, l'examen et l'analyse des

clichés et l'examen de l'ensemble du dossier médical. Il est de plus complété par un suivi d'un physiothérapeute durant le séjour à la clinique et une évaluation des capacités fonctionnelles. L'appréciation et la discussion sont convaincantes, en particulier s'agissant du fait qu'il n'y a aucune explication clinique ou radiologique aux douleurs alléguées deux ans après une contusion de la cheville ayant touché le tendon d'Achille. Il s'avère par ailleurs que les conclusions de ce rapport sont concordantes avec celles des médecins mandatés par la Suva, en particulier l'expertise de la Dresse B _____ d'août 2007, l'avis du Dr E _____, spécialiste en orthopédie chirurgicale, d'avril 2008, puis confirmées par un nouvel examen complet du cas par le Dr I _____, spécialiste en chirurgie fin septembre 2009. D'autre part, la jurisprudence contraint l'administration, cas échéant le juge, à ordonner une nouvelle expertise si les médecins de l'assuré ou d'autres spécialistes font état d'éléments vérifiables ayant été ignorés dans l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre l'expertise en cause. Dans le cas d'espèce, tel n'est manifestement pas le cas. La Dresse A _____ se contente d'affirmer depuis avril 2007 sans aucune nuance ni motivation que son patient ne peut plus travailler comme storiste en raison des douleurs alléguées et de nombreuses limitations fonctionnelles, dont la station debout. Le Dr C _____ admet une amélioration nette depuis février 2009, les douleurs réapparaissant lors d'efforts prolongés, puis reconnaît, suite au rapport susmentionné d'avril 2009, que son patient peut travailler à 100% dans une activité adaptée comme celle de gérant technique d'immeuble, les limitations fonctionnelles retenues n'étant expliquées par aucun élément objectif autre que les douleurs alléguées par le patient, qui prend toutefois rarement des analgésiques. Le Tribunal retiendra donc que l'OAI est fondée à se baser sur le dossier de la SUVA pour retenir que l'assuré est capable de travailler en qualité de storiste à 100% en tout cas depuis le 14 avril 2009, en l'absence de diagnostic invalidant et objectivant les douleurs de l'assuré au tendon d'Achille suite à une entorse de la cheville consécutive à un coup reçu lors d'un match de football en avril 2007. A noter que la Dresse B _____ estimait qu'une reprise du travail était envisageable en septembre 2007 déjà et que le Dr E _____ retenait que l'examen clinique ne justifiait plus d'arrêt de travail en janvier 2008.

L'assuré, contestant sa capacité de travail entière dans son métier de storiste, estime qu'il a droit à un reclassement ou à toute autre mesure de réadaptation professionnelle. Le fait qu'un assuré ne puisse plus travailler dans son métier n'implique pas ipso facto un droit au reclassement, voire à une formation complète dans une autre profession, encore faut-il qu'il soit invalide à 20% au moins et que la mesure soit adéquate et nécessaire. Dans le cas d'espèce, le taux d'invalidité est nul, car l'assuré peut travailler dans son métier de storiste. En admettant que tel ne soit pas le cas, le taux d'invalidité de 20% n'est tout de même pas atteint. La comparaison des revenus fondée sur un calcul favorable à l'assuré tenant compte de la variation des salaires nominaux, entre celui qui était le sien (63'050 fr./an en

2007), soit 65'635 fr. en 2009 et ceux ressortant des statistiques suisses ESS selon TA1, homme, niveau 4, total ou activités immobilières (ligne 70/71), en 2008, pour 41,7 heures de travail (60'123 fr. pour le total et 58'672 fr pour les activités immobilières) soit 61'386 fr ou 59'904 fr en 2009, aboutit à un taux d'invalidité allant de 6,9% à 9,5%, qui n'est pas suffisant pour ouvrir un droit à un reclassement. Au demeurant, l'assuré bénéficie dans le cadre de l'assurance chômage d'une mesure similaire à un reclassement, soit un stage dans une régie immobilière. Le fait qu'il n'y ait pas d'emploi immédiatement disponible à l'issue du stage ne relève pas de l'assurance invalidité. L'aide au placement (art. 18 LAI) ne se justifie pas, dès lors que l'atteinte à la santé et les limitations fonctionnelles alléguées n'occasionnent pas de difficultés dans la recherche d'un emploi, l'orientation professionnelle est inutile car l'assuré peut faire son travail et a de plus déjà trouvé une autre orientation dans le domaine de l'immobilier et les autres mesures d'ordre professionnel (formation professionnelle initiale, aide en capital, allocation d'initiation au travail) ne sont pas prévues pour le cas de l'assuré.

8. a) Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et il doit être rejeté.

b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL 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