

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3392/2019

ATAS/327/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 avril 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, LA PLAINE

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en août 1982, au bénéfice d'une formation de mécanicien sur automobiles, a fait l'objet d'une détection précoce de la part de l'Hospice Général en décembre 2017. Il était précisé dans le formulaire ad hoc qu'il n'y avait ni incapacité de travail, ni absences répétées. Le problème à la santé était décrit comme suit : « dessèchement des mains, saignement doigts de pieds, diabète » (sic). La dernière activité exercée remontait à 2015, en tant que paysagiste.
2. Une demande de prestations a été formellement déposée en février 2018, qui indiquait également l'absence d'incapacité de travail. L'assuré expliquait brièvement saigner des doigts de pied lorsqu'il devait porter des chaussures de sécurité.
3. Dans un bref certificat rédigé le 10 octobre 2017, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en endocrinologie, diabétologie et médecine interne, a expliqué suivre l'assuré depuis 2011 pour un diabète insulino-dépendant et a émis l'avis qu'une réorientation professionnelle serait à ses yeux nécessaire dans un "métier avec des horaires de jour réguliers, sans l'obligation de porter des chaussures de protection".
4. Dans un rapport du 25 avril 2018, ce médecin n'a pas fait état de la moindre incapacité de travail. Elle a simplement attesté d'un diabète diagnostiqué en 2008 et fait état d'une importante fatigabilité et de troubles de l'humeur.
5. Reçu par la division de réadaptation professionnelle, l'assuré a expliqué avoir déposé une demande pour suivre une formation, non pour l'aider à rechercher un emploi car il maîtrisait toutes les techniques de recherches d'emploi. La mesure d'orientation et d'aide au placement envisagée fin juin 2018 a finalement été différée, la division de réadaptation estimant qu'une réinsertion professionnelle n'était pas encore envisageable. Il a été relevé que le parcours professionnel de l'assuré avait été très chaotique, sans expérience significative dans un domaine. Les postes occupés avaient toujours été de très courte durée ou interrompus suite à des différends avec les employeurs. Début juillet, l'assuré avait semblé très confus et peu motivé à suivre une mesure de recherche d'emploi. Il était préconisé de poursuivre l'instruction sur le plan médical.
6. En novembre 2018, l'Hospice Général a signalé que l'assuré avait vu leur médecin-conseil, à qui il avait fait état de problèmes relationnels et d'idées persécutives.
7. En décembre 2018, les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) ont versé au dossier plusieurs résumés de séjour concernant l'assuré, mentionnant à

titre de diagnostic principal des troubles mentaux et du comportement sur dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue.

8. Par courrier du 19 février 2018 (recte : 2019) ; l'assuré a indiqué n'être suivi par aucun psychologue ou psychiatre.
9. Son dossier a alors été soumis au Service médical régional (SMR) qui, en date du 26 avril 2019, a relevé que les derniers résumés de séjour aux HUG remontaient à 2011, que l'assuré n'était plus suivi sur le plan psychique et que le diabétologue ne mentionnait à titre de limitations fonctionnelles endocrinologiques que la nécessité d'adopter des horaires de travail et de repas réguliers, la nécessité d'éviter le port de souliers traumatisants et les activités impliquant des risques de chute ou autres. Dans une activité respectant ces indications, la capacité de travail était entière.
10. Le 24 mai 2019, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il envisageait de lui nier le droit à toute prestation.
11. Le 24 juin 2019, l'assuré a contesté cette position, alléguant devoir subir au moins quinze consultations par années chez des spécialistes du diabète, ne pouvoir travailler lorsque sa glycémie est trop élevée et compter sur l'OAI pour l'aider à définir les possibilités d'emploi adapté à sa maladie. Enfin, il a fait remarquer que son état pouvait s'aggraver.
12. Par décision du 16 août 2019, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

En effet, l'OAI se référant à l'instruction médicale, a considéré que l'intéressé avait conservé une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles endocrinologiques.

L'assuré n'ayant plus exercé d'activité lucrative depuis de nombreuses années pour des raisons autres que celles dues à l'invalidité, et en l'absence de cibles professionnelles concrètes, le degré d'invalidité se confondait avec le taux d'incapacité de travail retenu dans une activité adaptée et était par conséquent nul, de sorte que le droit à une rente n'était pas ouvert.

Les conditions permettant l'octroi d'une mesure de reclassement professionnelle n'étaient pas non plus remplies et, quoi qu'il en soit, en vue du large éventail d'activités non qualifiées recouvrant les secteurs de la production et des services, il fallait considérer qu'un nombre significatif était adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré, de sorte que l'intervention de l'assurance-invalidité n'était pas nécessaire.
13. Par écriture du 15 septembre 2019, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en se référant au certificat de la Dresse B_____ d'octobre 2017.
14. Invité à préciser la motivation de son recours, l'assuré, dans un bref courrier du 7 octobre 2019, a expliqué qu'il s'oppose à la décision de l'OAI parce qu'il était

diabétique et que sa santé « peu se dégrader » (sic). Il considère dès lors avoir droit à une mesure de réadaptation.

15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 5 novembre 2019, a conclu au rejet du recours.

L'intimé explique qu'il a tenu compte du diabète de type I dont souffre l'assuré et du fait que celui-ci l'empêche d'exercer son activité habituelle de mécanicien automobile. Il a néanmoins considéré que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles qui ne découlent que du seul diabète, vu l'absence de toute autre atteinte à la santé.

16. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 23 janvier 2020.

Le recourant a allégué qu'en dehors de son diabète, il ne souffre pas d'autres atteintes, si ce n'est une allergie de peau aux huiles, raison pour laquelle il n'a exercé la profession de mécanicien automobile que deux ans, c'est-à-dire jusqu'en 2005. Il a ensuite travaillé comme nettoyeur ou paysagiste.

Le recourant a admis être capable de travailler, expliquant que c'était son assistant social qui l'avait fortement encouragé à déposer une demande de prestations.

Se référant au certificat de la Dresse B_____, l'assuré a indiqué que le port de chaussures de protection était nécessaire dans l'activité de paysagiste.

Le recourant a précisé n'avoir plus travaillé depuis le dépôt de sa demande de prestations, dont il attendait le résultat. En revanche, il a suivi une formation de gardien d'immeuble et une autre d'agent de propreté et obtenu deux certificats à l'issue de celles-ci (avec une note de 6 sur 6 dans les deux cas).

Le recourant a souligné devoir être régulièrement suivi par son médecin, se soumettre à des soins des pieds réguliers et éviter les efforts physiques importants. Lorsque le diabète n'est pas sous contrôle, il lui faut se reposer.

Il a émis l'avis que ces éléments justifiaient au moins un 20% d'invalidité, ce qui lui ouvrirait droit à des mesures de réadaptation ou à une aide au placement.

Une activité de gardien d'immeuble par exemple, lui permettrait de suivre son rythme et d'être autonome.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).
4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de nier à l'assuré le droit à toute prestation, en particulier aux mesures professionnelles. En effet, le recourant ne prétend pas l'octroi d'une rente.
5. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).
6. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre 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 (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

7. a. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1^{er} LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).
- b. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGa et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGa, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de

la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

c. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

d. Il y a menace d'invalidité lorsqu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré perdra sa capacité de gain. Le moment auquel pourrait survenir l'incapacité de gain n'est pas déterminant (art. 1novies du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201).

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

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. À 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

9. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).
10. En l'espèce, force est de constater qu'aucun élément médical ne vient plaider pour une incapacité de travail, fusse-t-elle limitée à 20% comme le soutient le recourant. Le fait de devoir consulter régulièrement pour son diabète n'influence pas la capacité de travail. Par ailleurs, aucune absence régulière n'a été signalée par son diabétologue.

Les conditions d'octroi de mesures professionnelles ne sont par conséquent pas remplies. Elles le sont d'autant moins qu'il est apparu lors de son audition que le recourant s'est formé par lui-même, qu'il a brillamment réussi deux certificats et que son état de santé n'entrave pas ses démarches de recherches d'emploi.

Dans ces circonstances, l'intervention de l'assurance-invalidité n'apparaît aucunement nécessaire.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir l'émolument.
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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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