

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/504/2009

ATAS/1242/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 30 novembre 2010**

En la cause

Monsieur M\_\_\_\_\_, domicilié à Genève

recourant

contre

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

intimé

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

---

### EN FAIT

1. Monsieur M\_\_\_\_\_, né en 1962, a déposé le 5 mars 2007 auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI) une demande visant à la prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession et à l'octroi d'une rente, étant précisé que bien qu'au bénéfice d'une formation de tôlier-formeur en carrosserie, il a principalement travaillé dans des entreprises de déménagement.
2. Dans un rapport du 21 mars 2007, le Dr A\_\_\_\_\_, gastroentérologue, a indiqué que son patient souffrait de poussées de pancréatite aiguë sur pancréatite chronique. Il a ajouté qu'il présentait une abstinence alcoolique depuis 2005. Il a estimé l'incapacité de travail à 100% depuis le 15 mai 2006, précisant qu'auparavant l'assuré était suivi aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) par la Doctoresse B\_\_\_\_\_. S'agissant d'une éventuelle capacité de travail résiduelle dans une autre activité, le médecin dit ne pas être en mesure d'y répondre.
3. La Doctoresse C\_\_\_\_\_, cheffe de clinique aux HUG - Unité d'alcoologie, a établi un rapport le 26 juillet 2007 à l'attention de l'OAI aux termes duquel elle a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de pancréatites chroniques dans le cadre de plusieurs récurrences de pancréatites aiguës depuis novembre 2002 et de dépendance à l'alcool, et à titre de diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail, un tabagisme chronique, un status post fracture-réparation de la jambe gauche, un status post appendicectomie en 1982 et un syndrome des jambes sans repos. Elle a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail entre 50 et 100% depuis octobre 2003 dans l'activité de déménageur exercée jusque-là. Elle a précisé que lors des derniers contrôles cliniques, le patient était abstinent de toute consommation d'alcool.

Elle joint à son rapport un courrier daté du 30 juin 2005 adressé par la Dresse D\_\_\_\_\_ de Belle-Idée à la Doctoresse E\_\_\_\_\_ des HUG en raison d'un trouble de sommeil (insomnies), et qui indique que

"Depuis 1995, sans aucune relation avec l'abus d'alcool, le patient signale l'apparition d'une insomnie d'endormissement et de maintien. Cette insomnie est associée à des manifestations dysesthésiques et parasthésiques qui présente un net pic vespéral qui induisent des difficultés à l'endormissement. Pour ces manifestations dysesthésiques, le patient ressent le besoin de bouger les jambes, de se lever et de marcher. L'activité motrice et la marche soulagent les manifestations sensorielles. Les témoins habituels de son sommeil remarquent la présence d'une activité motrice nocturne et de secousses musculaires périodiques. Le diagnostic d'un syndrome de jambe sans repos est dès lors à nouveau envisagé."

4. Le 12 novembre 2007, le Dr A\_\_\_\_\_ a confirmé l'incapacité entière de travail depuis le 15 mai 2006, précisant que l'état de santé était stationnaire. Il considère que l'assuré ne peut par ailleurs pas "pour l'instant" exercer une autre activité, ce étant «à réévaluer dans une année.»
5. Sur demande de l'OAI, la Dresse C\_\_\_\_\_ a précisé, le 26 février 2008, que l'assuré s'était présenté à sa consultation d'alcoologie les 10 septembre, 9 et 23 octobre, et 23 novembre 2007. Aucune consultation n'avait encore eu lieu pour l'année 2008.
6. De même, le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué, le même jour, les dates de ses consultations soit, 5 février, 24 avril, 2 mai, 13 juillet, 14 septembre, 16 octobre et 12 novembre 2007.
7. Mandaté par l'OAI, le Docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a examiné l'assuré le 10 juillet 2008. Dans son rapport daté du 3 août 2008, l'expert a retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de pancréatite chronique calcifiante d'origine alcoolique et d'un status après cinq épisodes de poussées de pancréatite aiguë (de 2002 à 2005), et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de tabagisme chronique, syndrome de dépendance à l'alcool actuellement abstinent, tendinite du sus-épineux de l'épaule droite, lombalgie non-spécifique intermittente, surcharge pondérale (BMI : 27.2 kg/m<sup>2</sup>) et syndrome des jambes sans repos.

Il constate que la pancréatite est actuellement asymptomatique et relève que cette évolution favorable est sans aucun doute le reflet d'une abstinence alcoolique annoncée dès mars 2005. Il considère dès lors que la capacité de travail est, du point de vue somatique, complète dans la dernière activité exercée, c'est-à-dire celle de contremaître dans le déménagement. Le syndrome douloureux de l'épaule droite représente à son avis vraisemblablement une tendinite du sus-épineux qui pourrait bénéficier rapidement d'une prise en charge physiothérapique. Les lombalgies intermittentes avec notion de blocage itératif et d'ankylose matinale lui semblent essentiellement d'ordre mécanique avec amélioration par la mobilité active, de sorte qu'une brève prise en charge physiothérapique devrait permettre une sensible amélioration.

8. Dans une note du 22 août 2008, la Dresse G\_\_\_\_\_ a constaté que selon le Dr F\_\_\_\_\_ les épisodes de pancréatite aiguë s'étaient résolues et l'assuré était abstinent depuis 2005. Elle a relevé que le diagnostic de trouble de la personnalité avait été évoqué, mais que l'assuré n'avait jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique et n'avait jamais eu de suivi psychiatrique non plus. Aussi a-t-elle considéré que la capacité de travail avait toujours été entière dans toute activité, sauf lors des épisodes de pancréatite aiguë.

8. L'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision le 28 août 2008, aux termes duquel sa demande était rejetée au motif que selon l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_, sa capacité de travail est entière quelle que soit l'activité professionnelle envisagée.
9. L'assuré a contesté ce projet de décision le 25 septembre 2008 et a communiqué plus particulièrement les coordonnées du Dr H \_\_\_\_\_, psychiatre, et de la Dresse I \_\_\_\_\_, rhumatologue.
10. Par décision du 8 janvier 2009, l'OAI a confirmé son projet.
11. L'assuré, représenté par l'Association suisse des assurés - ASSUAS, a interjeté recours le 12 février 2009 contre ladite décision. Il conteste les conclusions du rapport d'expertise et rappelle qu'elles ne correspondent aucunement à celles de ses médecins traitants.
12. Par courrier du 29 avril 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours.
13. Les 26 mai et 13 juillet 2009, l'assuré a versé au dossier plusieurs attestations et certificats établis par les Docteurs J \_\_\_\_\_, A \_\_\_\_\_ et la Doctoresse K \_\_\_\_\_.
14. Dans une note du 26 août 2009, la Doctoresse Thérèse G \_\_\_\_\_ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (SMR) s'est déterminée comme suit sur les pièces médicales produites dans le cadre du recours :
  - rapport d'intervention psychiatrique de liaison ambulatoire bref-séjour du 15 août 2008 (Département de psychiatrie des HUG) : Le Dr H \_\_\_\_\_ a retenu un épisode dépressif moyen sans symptôme psychotique ni idéation suicidaire chez un patient souffrant d'un trouble dépressif récurrent, de dépendance alcoolique, actuellement abstinant, d'une pancréatite chronique, dans un contexte de difficultés financières, somatiques, relationnelles et sociales. Le médecin du SMR relève que ce rapport ne contient aucune anamnèse étayant la récurrence du trouble dépressif et ne se prononce pas sur la capacité de travail, ni sur les limitations fonctionnelles.
  - attestation de la Dresse K \_\_\_\_\_ du 8 décembre 2008 faisant état d'une "fluctuation d'humeur dépressive et anxieuse liée à l'atteinte de santé somatique, à un contexte socio-économique précaire et à des souvenirs du passé lointain et récent". Il est par ailleurs souligné le fait que le soutien en ambulatoire de manière régulière depuis le 31 octobre 2008 s'est avéré nécessaire "en vue de son état clinique fragile et de sa lutte pour éviter la rechute dans l'alcool". Le médecin du SMR constate que la Dresse K \_\_\_\_\_ ne se prononce ni sur la capacité de travail, ni sur les limitations fonctionnelles psychiatriques.
  - certificat du Dr A \_\_\_\_\_ du 29 mai 2009 qui confirme l'évolution favorable de la pancréatite chronique avec absence de poussée pancréatite et de cirrhose

hépatique, étant toutefois relevé une exacerbation des douleurs abdominales d'allure fonctionnelle en période de stress. Le médecin du SMR a considéré qu'il n'était médicalement pas soutenable de prescrire une incapacité de travail mensuellement depuis mars 2008 pour de telles douleurs abdominales.

- attestation de la Dresse K\_\_\_\_\_ -du 3 juin 2009 selon laquelle les mesures de réintégration socioprofessionnelles seraient à même de réduire les risques d'une rechute. Le médecin du SMR relève l'absence d'anamnèse, de status psychiatrique, de diagnostics avec code CIM-10 et de limitations fonctionnelles psychiatriques à part une fragilité psychologique et des traits de personnalité narcissique. Le traitement psychiatrique n'est pas évoqué, ni l'évolution en cours de traitement.

- certificat de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 9 juin 2009. Le médecin du SMR relève que ce sont les douleurs ostéo-articulaires qui n'étaient pas mentionnées dans le rapport du 26 juillet 2007 qui sont à l'origine de l'incapacité de travail dans l'activité antérieure de déménageur. Par ailleurs, l'instabilité émotionnelle et les épisodes récurrents de dépression majeure indiqués par la Dresse C\_\_\_\_\_ ne figuraient pas non plus dans le rapport du 26 juillet 2007.

En conclusion, le médecin du SMR a considéré que ces pièces médicales n'étaient pas en mesure de modifier son appréciation du 22 août 2008.

15. Le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties et l'audition des Drs C\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_.
16. L'ASSUAS a informé le Tribunal de céans, le 8 octobre 2009, qu'elle n'était plus constituée pour la défense des intérêts de l'assuré.
17. Entendu le 27 octobre 2009, le Dr A\_\_\_\_\_ a déclaré que

"Je suis Monsieur M\_\_\_\_\_ depuis mai 2006. Je confirme le diagnostic de pancréatite chronique calcifiante. Il souffre de poussées de pancréatite aiguë qui peuvent durer de 2 à 4 semaines. Il connaît cependant une accalmie depuis 2006. La pancréatite est due à une imprégnation d'alcool. Il n'y a en principe plus de poussée en cas d'abstinence, mais pas nécessairement. L'assuré présentait un cas de pancréatite aigue sévère. Il est dès lors étonnant que l'évolution soit si favorable. Plus on s'éloigne dans le temps sans nouvelles poussées, plus l'évolution peut être favorable. Il n'est toutefois pas exclu que de nouvelles poussées puissent survenir. L'assuré depuis 2006 a toutefois présenté quelques petites rechutes accompagnées d'importantes douleurs abdominales.

L'assuré souffre également de crampes abdominales, de troubles du transit qui sont dus à un intestin irritable.

Je dirais que l'assuré peut travailler, tout en présentant parfois quelques périodes d'incapacité de quelques jours. Une exigence serait un emploi avec des toilettes à proximité, par exemple.

Je sais que l'assuré exerçait une activité de chauffeur-déménageur. Il pourrait exercer cette activité à plein temps, de mon point de vue de gastroentérologue."

Le même jour, la Dresse C\_\_\_\_\_ a déclaré que

"Je suis Monsieur M\_\_\_\_\_ depuis 2003. Je travaillais comme cheffe de clinique de l'unité d'alcoologie des HUG. Je suis devenue depuis son médecin généraliste. Je pose les diagnostics suivants : cervico-lombo-sciatalgies chroniques (j'ai demandé l'avis de la Consultation de rhumatologie : certaines de ses douleurs sont difficiles à expliquer), dépendance à l'alcool, mais abstinente, trouble anxieux et pancréatite chronique.

Je considère que l'assuré est incapable de travailler à 100% dans son activité antérieure de déménageur. Le port de charges devrait lui être interdit, car exacerbant les douleurs du dos.

Je pense qu'une réinsertion devrait dans le cadre de l'assuré tenir compte de sa difficulté à gérer les émotions, le stress, les différentes contraintes. En théorie, il pourrait travailler. Je rappelle qu'il souffre d'un trouble anxieux, diagnostic posé par un confrère psychiatre dont j'ai demandé l'avis. Ce diagnostic, à mon avis, ne cerne pas encore toute la difficulté à laquelle l'assuré doit faire face. Tout le travail qu'il doit accomplir visant à l'abstinence et à sa réinsertion sociale lui coûte déjà une énergie psychique importante.

C'est moi qui lui ai conseillé de consulter un psychiatre.

Il m'est parlé de la conclusion du Dr F\_\_\_\_\_, expert, relatif à un éventuel trouble de la personnalité. J'y ai pensé, mais je n'en ai pas eu la confirmation.

Je vois l'assuré environ une fois par mois. Je dirais qu'il y a plutôt depuis août 2008, date à laquelle le Dr H\_\_\_\_\_ avait diagnostiqué un épisode dépressif moyen, une amélioration de l'humeur. Je dirais que son humeur varie au gré des démarches auprès des différentes institutions.

Des radios ont été effectuées à Beau-Séjour à l'issue desquelles il a été décidé de procéder à une IRM. Celle-ci a eu lieu le 20 octobre 2008. (...)

Dans mon rapport adressé à l'OCAI en juillet 2007, je n'ai effectivement pas fait allusion à des problèmes du dos. Je n'avais pas revu le patient depuis longtemps et avais dès lors dû me contenter du dossier d'alcoologie à ma disposition."

18. L'assuré ayant déclaré que la Dresse I\_\_\_\_\_ lui avait proposé un programme-atelier pour évaluer ses possibilités, le Tribunal de céans a décidé d'entendre ce médecin. Il s'est toutefois avéré que celle-ci était en congé maternité.

19. La Dresse K\_\_\_\_\_ a été entendue le 9 mars 2010. Elle a déclaré que

"Je suis le médecin traitant psychiatre de M. M\_\_\_\_\_ depuis le 30 octobre 2008. Je travaillais aux HUG lorsqu'il est venu en consultation pour un état anxio-dépressif. C'est la Dresse C\_\_\_\_\_ qui l'avait recommandé. Il m'a suivie lorsque je suis partie en privé. J'ai pu confirmer ce diagnostic. Je qualifierais l'état

anxio-dépressif de moyen. La nécessité d'un suivi s'imposait eu égard à une fragilité due à la problématique d'alcool. Il s'agissait de prévenir d'éventuelles rechutes et d'empêcher une péjoration de l'état dépressif. Je n'ai pas posé d'autres diagnostics psychiatriques. Je lui ai prescrit des antidépresseurs qui servaient à la fois à diminuer l'anxiété et soulager les douleurs somatiques chroniques.

Le suivi s'est bien passé. Je dois dire que l'assuré a manifesté la force et le désir de s'en sortir. Il y a eu une amélioration de son état. Je ne parlerais toutefois que d'une rémission partielle, car il reste une fragilité. Au début, je le voyais une fois par semaine, puis durant trois mois toutes les deux semaines, depuis une année une fois toutes les trois semaines et à présent une fois par mois.

Sous réserve des aspects somatiques, je dirais que mon patient peut travailler à plein temps, pour autant qu'il puisse commencer progressivement, le stress risquant d'être trop grand sinon. Je souligne du reste qu'il est motivé à reprendre une activité lucrative.

L'état thymique et anxieux est fortement influencé par les douleurs chroniques dont souffre *le patient*."

20. L'assuré a déclaré que la Dresse I \_\_\_\_\_ étant en congé maternité, il s'était adressé à la Dresse L \_\_\_\_\_.

21. Celle-ci a été entendue le 22 juin 2010. Elle a déclaré que

"J'ai vu Monsieur M \_\_\_\_\_ à trois reprises depuis le 15 février 2010 en ma qualité de spécialiste en rhumatologie, à la demande du médecin traitant. Celle-ci souhaitait que l'on fasse le point sur les douleurs dont se plaint le patient. J'ai fait procéder à des radios le 10 mars 2010 de la colonne. J'ai pu constater une scoliose, ainsi que de l'arthrose au niveau cervical et lombaire, d'importance modérée. Il y a également une arthrose débutante à la hanche plus marquée à droite. Sur le plan clinique, j'ai pu constater en dehors de la scoliose des signes de coxarthrose, soit une mobilité limitée des hanches, modérée, ainsi qu'une forte tension des muscles postérieurs du dos et des jambes.

Je considère que sa capacité de travail dans son activité antérieure de déménageur est nulle, en raison des douleurs alléguées et du tableau radiologique et clinique constaté. Il ne peut pas porter de manière répétée des charges supérieures à 10 kilos. Dans une activité adaptée, soit une activité dans laquelle il n'y aurait pas de port de charges supérieures à 10 kilos et la possibilité de changer fréquemment de positions, la capacité de travail serait en revanche entière, du point de vue rhumatologique.

Des séances de physiothérapie lui sont recommandées. Il les suit consciencieusement et régulièrement. Il est cependant illusoire d'imaginer qu'il pourrait y avoir une amélioration.

Je produis le rapport de l'examen radiologique du 10 mars 2010."

22. Dans une note du 5 janvier 2010, le Dr I \_\_\_\_\_ du SMR s'est déterminé sur les procès-verbaux d'enquêtes. Il a considéré que du point de vue gastro-entérologique, psychiatrique et ostéo-articulaire, il n'y avait pas d'argument en faveur d'une incapacité de travail durable mettant en cause les conclusions de l'expert ni celles des avis SMR des 22 août 2008 et 26 août 2009. S'agissant de la situation ostéo-articulaire actuelle postérieure à la décision du 8 janvier 2009, le médecin du SMR a ajouté que les limitations fonctionnelles indiquées étaient insuffisamment étayées par les constatations décrites et devraient faire l'objet d'une instruction complémentaire.
23. Le 8 juillet 2010, l'OAI a ainsi maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et observé que s'il y avait aggravation de l'état de santé postérieurement à la décision litigieuse, une demande de révision devrait être déposée par le recourant.
24. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI et plus particulièrement à des mesures de reclassement.
4. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

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

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

5. a) Selon l'art. 8 al.1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

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

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

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

"<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement."

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1). En outre, l'octroi d'un reclassement présuppose l'aptitude de la personne invalide à la réadaptation (RCC 1992 386, p. 389).

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

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

7. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

b) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

c) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas

contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

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

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de

mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

9. En l'espèce, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré visant à la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle, considérant, sur la base du rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, que sa capacité de travail était entière quelle que soit l'activité envisagée.
10. S'agissant de la pancréatite chronique, le Dr A\_\_\_\_\_ en a confirmé l'évolution favorable depuis 2006, de sorte qu'il n'y a en l'état pas d'incapacité de travail liée à cette atteinte.

Sur le plan psychiatrique, il y a lieu de relever que l'assuré souffre selon la Dresse K\_\_\_\_\_, entendue le 9 mars 2010, d'un état anxio-dépressif moyen, que ce nonobstant il pourrait travailler à plein temps, sous réserve des aspects somatiques, ce pour autant qu'il puisse commencer progressivement afin d'éviter un trop grand stress. Ce médecin a à cet égard relevé que l'assuré était motivé à reprendre une activité lucrative.

Le Dr F\_\_\_\_\_ a retenu en juillet 2008 l'existence d'une tendinite du sus-épineux de l'épaule droite, et de lombalgies non spécifiques intermittentes à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Dans son attestation du 9 juin 2009 pourtant, la Dresse C\_\_\_\_\_ faisait état de cervicalgies et lombosciatalgies chroniques, et considérait que son patient ne pouvait reprendre une activité nécessitant le port de charges lourdes. Elle a confirmé lors de son audition le 27 octobre 2009 que l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans son activité antérieure de déménageur. Cet avis a été repris par la Dresse O\_\_\_\_\_, laquelle suit le patient depuis le 15 février 2010.

Il apparaît ainsi que l'état ostéo-articulaire de l'assuré s'est aggravé depuis la date à laquelle le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ a été établi, de sorte que l'activité de déménageur ne pourrait plus être exigible.

Il s'agit à ce stade de déterminer si cette aggravation est ou non intervenue avant le 8 janvier 2009, date à laquelle la décision litigieuse a été rendue.

Le dossier en l'état ne permet pas de répondre à cette question.

Le Tribunal de céans relève à cet égard que le Dr F\_\_\_\_\_ rapportait déjà que l'assuré se plaignait de dorso-lombalgies et de douleurs à l'épaule droite avec mobilisation difficile et perte de force dans les travaux en hauteur, ainsi que d'une fatigabilité exagérée avec intolérance aux efforts. La Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient avait subi des radiographies à Beau-Séjour à l'issue desquelles il avait été décidé de procéder à une IRM, laquelle avait eu lieu le 20 octobre 2008.

Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OAI pour complément d'instruction, puis le cas échéant examen des mesures de réadaptation professionnelles.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et renvoie la cause à l'OAI pour complément d'instruction, puis le cas échéant examen des mesures de réadaptation professionnelles.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI-  
WANGELER

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