

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/907/2009

ATAS/1067/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 1^{er} septembre 2009

En la cause

Monsieur H_____, domicilié à GENEVE, représenté par M. _____ recourant
I_____ de CARITAS Genève

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue _____ intimé
de Lyon 97, Genève

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyn BOUCHAARA et Christine
TARRIT DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur H_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), de nationalité suisse, né en 1959, divorcé, au bénéfice d'un CFC obtenu en 1977, a exercé la profession d'installateur sanitaire jusqu'en 2007, principalement en tant que travailleur temporaire.
2. Le 11 juin 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations, sous forme de reclassement dans une nouvelle profession, à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI, l'intimé ou l'office).
3. Une imagerie médicale avait été effectuée par le Dr L_____, spécialiste FMH en radiologie, le 20 février 2008. Celle-ci avait révélé un canal lombaire constitutionnel étroit, une protrusion discale L4-L5 mais sans conflit radiculaire, une discopathie L5-S1 avec protrusion discale ostéophyttaire, sans effet compressif sur les racines, une discrète sclérose des facettes articulaires postérieures, des lésions dégénératives précoces des articulations postérieures, des lésions dégénératives précoces des articulations sacro-iliaques, et enfin, une athéromatose aortique.

Le 22 février 2008, le Dr L_____ avait pratiqué une infiltration intra-foraminale L4-L5 gauche sous guidage scanographique en raison des douleurs évoquées par l'assuré.

4. Dans un rapport du 30 juin 2008 adressé à l'OCAI, le Dr M_____, médecine générale FMH et médecin-traitant a indiqué que l'assuré souffrait de "douleurs lombaires en relation avec des troubles statiques et dégénératifs sévères". Les symptômes actuels se présentaient sous la forme de lombalgies avec poussées aiguës, de sciatalgies et de parésiantes. En outre, l'assuré se trouvait parfois bloqué au lit et ressentait une douleur lombosciatique très vive. Son incapacité de travail avait par ailleurs été de 100% du 10 décembre 2007 au 22 décembre 2007. Le médecin a également précisé que l'assuré ne prenait pour l'heure aucune médication. S'agissant des restrictions physiques au travail, le port de charge devenait problématique et les douleurs se manifestaient par des lombalgies et des blocages intermittents. En outre, l'assuré devait alterner les différentes positions (assises et debout), ne pouvait effectuer une activité principalement en marchant, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, à genoux, faire des rotations en position assise et en position debout, soulever et porter des objets, monter sur une échelle ou un échafaudage et enfin, monter des escaliers. Le Dr M_____ a ainsi considéré que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible ; le rendement de son patient était de surcroît réduit en raison des douleurs. Toutefois, ce dernier avait actuellement repris une activité en évitant autant que possible le port de charges.

5. Dans un avis médical, la Dresse N_____, médecin du Service médical régional AI (ci-après SMR) a admis qu'au vu des éléments susmentionnés, l'activité exercée jusqu'alors ne pouvait plus être exigée et a proposé de soumettre l'assuré à une expertise rhumatologique.
6. Une expertise a été rendue par le Dr O_____, médecin FMH spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, le 8 octobre 2008.

Dans l'anamnèse systématique, l'expert a notamment indiqué que, sur le plan psychique, l'assuré déclarait être déprimé tous les jours, qu'il ne savait pas pourquoi il vivait, qu'il était irritable et ne supportait pas d'être contrarié. Par ailleurs, il n'avait aucune activité associative, passant son temps libre à regarder la télévision. En outre, il souffrait de troubles du sommeil, n'ayant toutefois jamais parlé desdits troubles à son médecin-traitant.

L'expert a posé comme diagnostic une lombo-pygalgies gauches chroniques aspécifiques, un canal lombaire étroit modéré en L2, une discopathie L5-S1 avec protrusions discales L5-S1 et L4-L5, et enfin un syndrome de l'angulaire de l'omoplate gauche.

Il a précisé que l'assuré avait dû faire appel à SOS médecin en raison d'un lumbago suraiguë survenu le 2 octobre 2008, avait ainsi reçu des injections d'AINS et de Valium et avait fait l'objet d'un arrêt de travail de 48 heures. Il a ajouté qu'au niveau du rachis cervico-dorsal et des sacro-iliaques, il n'y avait pas de limitation, et aucune douleur reproductible. Pour ce qui était des articulations périphériques, le médecin a constaté essentiellement une contracture du muscle angulaire de l'omoplate et trapèze gauche, sans toutefois qu'il y ait de restriction de mobilité, ni aucune déformation. L'examen neurologique était rigoureusement normal, dans la mesure où il n'y avait pas de signe en faveur d'une radiculopathie irritative ou déficitaire tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. En outre, les examens paracliniques démontraient essentiellement une discopathie L5-S1 sans aucun trouble dégénératif, le scanner lombaire réalisé en février 2008 avait mis en évidence une protrusion discale L4-L5 et L5-S1 paramédiane gauche et une discopathie L5-S1 avec un rétrécissement canalaire modéré en L2. Il a ainsi estimé que les constatations radiologiques étaient bien corrélées aux plaintes de l'assuré et aux examens cliniques.

L'expert a ajouté que, dans le cadre de son activité professionnelle d'installateur sanitaire qui sollicitait lourdement son rachis et lors de laquelle il devait effectuer des travaux en position de porte-à-faux, porter et soulever de lourdes charges excédant parfois les 50 kg, sa capacité de travail s'élevait à 50% au vu des limitations fonctionnelles qu'il présentait, une baisse de rendement étant déjà comprise dans le taux de 50%. A noter que l'assuré avait repris depuis le 1^{er} septembre 2008 une activité à raison de 100%, travaillant vraisemblablement au-

dessus de ses forces. En revanche, dans une activité adaptée, où l'assuré aurait la possibilité de ne pas porter ou soulever des charges de plus de 15 kg et d'alterner les positions assises et debout, sans position de porte-à-faux, l'expert a estimé que sa capacité de travail était complète et qu'aucune diminution de rendement n'était à prévoir. S'agissant de la possibilité d'améliorer la capacité de travail de l'assuré au poste occupé jusqu'à présent, des mesures médicales ne pouvaient, selon lui, améliorer que transitoirement la capacité de travail.

Enfin, sur le plan psychique, il n'était pas impossible que l'assuré présente un état dépressif sous-jacent, qui n'avait toutefois pas conduit à un traitement ni à une incapacité de travail. Cependant, au vu de ces éléments, il lui avait suggéré d'aller consulter son médecin-traitant.

7. Dans un rapport du 20 octobre 2008, la Dresse P_____, médecin du SMR, a fait siennes les conclusions prises par l'expert en date du 8 octobre 2008, estimant ainsi la capacité de travail de l'assuré à 50% dans son activité d'installateur sanitaire et à 100% dans une activité adaptée.
8. Dans deux projets de décision datés du 9 décembre 2008, l'OCAI a nié, d'une part, le droit de l'assuré à une rente invalidité et refusé, d'autre part, une quelconque mesure de reclassement. S'agissant de la rente invalidité, il a estimé que le salaire hypothétique que pourrait toucher l'assuré dans une activité adaptée était de 60'226 frs. Dans la mesure où le salaire sans invalidité de ce dernier s'élevait à 70'203 fr., le taux d'invalidité devait être fixé à 17%, taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente. L'office a par ailleurs rappelé que le manque à gagner étant inférieur à 20 %, les conditions jurisprudentielles pour l'octroi d'une mesure de reclassement n'étaient, en l'espèce, pas réalisées.
9. Par courrier du 23 janvier 2009, l'assuré s'est opposé aux projets susmentionnés.
10. Par courrier adressé à l'OCAI en date du 5 février 2009, le Dr Q_____ a indiqué que, vu les limitations fonctionnelles de l'assuré, il lui semblait illusoire que ce dernier puisse prétendre à un poste dans l'activité exercée jusqu'alors. En outre, il a estimé qu'il existait une contradiction entre les recommandations du Dr O_____ et les conclusions du SMR.
11. Faisant suite aux remarques du Dr Q_____, la Dresse P_____ a contesté, dans un avis sur audition du 12 février 2009, qu'il y ait contradiction entre les recommandations de l'expert et les conclusions du service médical. En effet, le SMR avait dûment précisé que l'activité d'installateur sanitaire, peu adaptée aux limitations fonctionnelles, ne pouvait être exigée au-delà de 50%, qu'en revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré s'élevait à 100%. Elle a donc maintenu sa position.

12. Par deux décisions datées du 18 février 2009, l'OCAI a confirmé ses deux projets du 9 décembre 2008.
13. Par courrier recommandé du 16 mars 2009, l'assuré a interjeté recours contre lesdites décisions, concluant, principalement, à l'annulation des décisions litigieuses et à la mise en place d'une expertise psychiatrique, subsidiairement, à la constatation que son degré d'invalidité s'élevait à 31.37% et, enfin, à l'octroi de mesures de reclassement professionnel. En substance, il allègue qu'au vu des nombreuses limitations fonctionnelles reconnues par les experts, il convient de lui reconnaître une incapacité de travail totale dans son métier d'installateur sanitaire. En outre, il relève que le Dr O _____, dans le cadre de son expertise, évoque un état dépressif qui, selon lui, mériterait d'être investigué. S'agissant du salaire d'invalidé, il fait grief de ce que l'OCAI n'a opéré aucune réduction alors que tel aurait dû être le cas au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles et de son âge. Il en conclut, par conséquent, qu'il convient d'opérer une réduction de 20% sur son revenu d'invalidé, ce dernier s'élevant ainsi à 48'180 fr., ce qui fixerait son degré d'invalidité à 31.37%. Un tel taux lui permettrait d'être mis au bénéfice d'une mesure de reclassement.
14. Dans sa réponse du 23 avril 2009, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il mentionne, en substance, que le diagnostic d'état dépressif n'est ni argumenté, ni étayé et n'émane de surcroît pas d'un spécialiste. Selon lui, cette pathologie, de même que son caractère invalidant ne sont pas démontrés, l'expert s'étant borné à mentionner la "possibilité" d'une dépression, tout en relevant qu'elle ne justifiait pas une incapacité de travail. Pour le surplus, ledit expert a invité le recourant à aller consulter son médecin généraliste, qui n'a à aucun moment fait état d'un quelconque état dépressif et encore moins d'un traitement y relatif. L'intimé ajoute qu'en tout état de cause, même si la dépression de l'assuré était avérée et invalidante, celui-ci n'avait pas entrepris tout ce qui était raisonnablement exigible pour réduire l'incapacité de travail qui en découlerait. Enfin, s'agissant des mesures de réadaptation professionnelles, le taux d'invalidité du recourant a été valablement estimé à 17% et il n'y a pas lieu d'opérer de réduction supplémentaire en raison de limitations fonctionnelles.
15. Sur quoi, la cause a été 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).

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 et ss LPGA), le présent recours est recevable.
5. L'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité.
6. 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. Ainsi, 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 351 consid. 3b/bb).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

7. Dans le cas particulier, une expertise a été effectuée par le Dr O_____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, sur demande des médecins du SMR. Cette expertise a tenu compte de l'anamnèse socioprofessionnelle, actuelle, familiale et systématique du recourant. L'expert a également pris en considération les plaintes exprimées. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation ont été clairement évoqués. En outre, l'expert s'est dûment référé aux divers examens subi par le recourant préalablement à l'expertise. Au surplus, un examen

clinique complet a été effectué par ledit expert. Enfin, les conclusions sont solidement motivées.

Partant, le Tribunal de céans doit reconnaître pleine valeur probante à l'expertise effectuée par le Dr O _____ et il n'y a donc pas lieu de s'écarter des conclusions prises par ce dernier, en particulier, en ce qui concerne les degrés d'incapacité de travail estimés respectivement à 50 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée.

8. Le recourant reproche à l'OCAI de ne pas avoir procédé à une expertise psychiatrique suite à la réflexion du Dr O _____, selon laquelle il n'était pas impossible que l'assuré présente un état dépressif sous-jacent. Il y a toutefois lieu de constater que le Dr O _____ est rhumatologue, qu'il relève du reste lui-même que cet état n'avait pas conduit à un traitement ni même à une incapacité de travail.

Il n'apparaît dès lors pas justifié de mettre sur pied une expertise psychiatrique sur la base d'une simple suspicion au demeurant non étayée de l'expert.

9. Reste à examiner si le degré d'invalidité a été correctement fixé par l'OCAI.
10. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG A) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG A) à 40% au moins (let. c).
11. En vertu de l'art. 28a al. 1er LAI, l'art. 16 LPG A s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, 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.

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).

12. En l'espèce, l'intimé a retenu un revenu annuel sans invalidité de 70'203 fr., lequel n'est pas contesté par le recourant. Pour le revenu sans invalidité, il s'est référé aux statistiques salariales de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour un homme

travaillant dans une activité de niveau 4 (activités simples et répétitives), soit un revenu de 60'226 fr. Le degré d'invalidité a ainsi été fixé à 17%.

Les éléments retenus par l'Office ne prêtent pas flanc à la critique.

13. Le recourant fait également grief à l'OCAI de ce qu'il aurait dû, s'agissant de sa capacité de travailler dans une activité adaptée, opérer un abattement de l'ordre de 20 % au moins, compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles et de son âge.

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 réduction des salaires ressortant des statistiques incombe en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81, 123 V 150 consid. 2 et les références p. 152).

En l'espèce, l'office n'a opéré aucune réduction dans la mesure où il a estimé qu'outre ses limitations fonctionnelles, l'assuré ne présentait pas de difficultés majeures liées à l'âge, aux années de service, à la nationalité ou au taux d'occupation exigible.

Le Tribunal de céans ne saurait s'écarter de l'appréciation de l'OCAI, laquelle n'est pas critiquable.

C'est donc à juste titre que le degré d'invalidité a été fixé à 17%.

14. Selon l'art. 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 (al. 1er). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

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

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1er LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé.

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. 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). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

15. Dans le cas particulier, il apparaît qu'une mesure de reclassement ne saurait être accordée dès lors que la perte de gain que subit le recourant n'atteint pas 20%. Par ailleurs, les activités simples et répétitives que le recourant est susceptible d'exercer ne requièrent pas de formation particulière si ce n'est une mise au courant pratique en entreprise, ce qui exclut l'octroi d'une mesure aussi onéreuse que le reclassement.
16. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la décision attaquée confirmée.
17. L'émolument, arrêté à 200 fr., sera mis à la charge du recourant, qui succombe.

**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

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Hermione STIEGER

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