

GE_GERICHTE ATAS/1009/2015 vom 23. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1009_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/1009/2015 du 23 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/1009/2015 del 23 dicembre 2015

Erwägungen

E. 16

Par pli du 21 juin 2015 adressé à l'OAI et transmis par ce dernier à la Cour de céans comme objet de sa compétence, l'assuré a contesté cette décision. Il souligne que son incapacité de travail de longue durée résulte d'une atteinte à sa santé et reproche à l'OAI de ne pas avoir pris en compte l'évolution de son état. Le recourant explique qu'une opération est encore prévue pour son arthrose aux genoux. Il invoque également des palpitations cardiaques, des céphalées chroniques, des nausées, des troubles de la tension artérielle, des douleurs ostéo-articulaires multiples et un syndrome dépressif grave entraînant une baisse de motivation et de rendement et des troubles du sommeil non compatibles avec une activité professionnelle et anéantissant ses capacités d'apprentissage et d'adaptation.

A/2283/2015 - 5/18 - Il fait valoir qu'après de nombreuses années d'inactivité professionnelle et au vu de son état de santé physique et psychique actuel, son incapacité de travail tend à être totale. Il ajoute enfin que, compte tenu de son rendement quasiment nul dans toute activité, une mesure professionnelle serait difficilement envisageable.

E. 17

La SUVA a statué à son tour en date du 3 juillet 2015 et a retenu une perte de gain de 6%.

E. 18

Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 20 juillet 2015, a conclu au rejet du recours. L'intimé relève que le Dr D_____, dans son rapport du 27 octobre 2014, a qualifié l'évolution de l'état du recourant de bonne, ce qu'a confirmé le rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA du 12 décembre 2014. Il fait remarquer qu'aucun trouble évident de la thymie n'a été constaté à cette occasion et rappelle qu'aux termes du rapport précité, l'évolution de l'arthrodèse a été qualifiée de favorable, avec une consolidation satisfaisante au bilan radiographique le plus récent. Enfin, l'intimé relève que le degré d'invalidité retenu par la SUVA est sensiblement identique à celui auquel il est lui-même parvenu.

E. 19

Le 22 octobre 2015, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a indiqué que, depuis bientôt une année, il dispose d'un appareil pour traiter ses apnées du sommeil, ce qui a un peu amélioré son état. Il a expliqué que même avant son accident, il était en proie à la fatigue, suite à l'infarctus dont il a été victime quelques années auparavant ; cependant cet état n'était pas trop handicapant et ne l'avait d'ailleurs jamais empêché de travailler. Le recourant a précisé avoir fait l'objet d'une nouvelle intervention, une greffe osseuse au niveau de sa cheville droite, le 5 septembre 2015. Questionné sur son état psychique, le recourant a fait part de sa réticence à se faire

suivre par un spécialiste et précisé ne pas ressentir le besoin d'un traitement médicamenteux. Le recourant a souligné qu'il n'est plus en mesure d'exercer sa profession de monteur-électricien. Il estime pouvoir difficilement exercer une autre profession, dans la mesure où il ne peut rester debout plus de quatre heures. Il admet qu'une activité s'exerçant en position assise serait envisageable, à condition de pouvoir faire des pauses, puisque, devant un écran d'ordinateur, la fatigue l'assaille après une heure, voire une heure et demie.

A/2283/2015 - 6/18 - Enfin, le recourant a précisé être au bénéfice d'une formation d'employé de commerce, activité qu'il a exercée dans le passé, avant de devenir militaire de carrière puis d'exercer la profession de monteur-électricien.

E. 20

À l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger.

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) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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. a. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). b. En l'espèce, la décision litigieuse du 21 mai 2015 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives aux révisions précitées, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et délai prévus par loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 17 al. 5 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA/GE - E 5 10]).

A/2283/2015 - 7/18 - 4. L'objet du litige porte le droit du recourant à des prestations de l'assurance- invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail et son degré d'invalidité. 5. a. 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 ou mentale 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b. 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). c. Dans une ancienne jurisprudence, le Tribunal fédéral a eu l'occasion d'affirmer que la notion d'invalidité est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Partant, le Tribunal fédéral a considéré que l'assureur social, lorsqu'il ne fait pas usage de la possibilité d'attaquer la décision d'un autre assureur, doit en principe se laisser opposer la présomption d'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée (ATF 126 V 288). Cependant, le Tribunal fédéral a par la suite assoupli ce principe et précisé que l'assurance-invalidité n'était pas liée de manière absolue par l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents (ATF 133 V 579 consid. 6). 6. 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). 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 LPG), 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,

A/2283/2015 - 8/18 - 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 125 V 351 consid. 3). c. Un rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier

2012 consid. 4.1). Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_5817/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). 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/cc). 7. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

A/2283/2015 - 9/18 - 8. 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). 9. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence). 10. a. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant est désormais totalement incapable d'exercer son activité habituelle de monteur-électricien et ce, depuis le 11 juillet 2013. Seule demeure litigieuse l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Faisant siennes les conclusions de son service médical fondées sur celles du rapport médical du Dr F_____ du 15 décembre 2014, l'intimé considère que l'assuré peut exercer à plein temps toute activité adaptée depuis le 12 septembre 2014. De son côté, le recourant allègue que son état de santé physique, caractérisé par de l'arthrose aux genoux, des palpitations cardiaques, des céphalées et troubles du sommeil chroniques, des nausées, des troubles de la tension artérielle et des douleurs ostéo-articulaires, ainsi que des troubles dépressifs, est incompatible avec l'exercice d'une activité, quelle qu'elle soit. b. Se pose, dès lors, la question de la valeur probante du rapport d'examen du 15 décembre 2014 établi par le Dr F_____, dans la mesure où, quand bien même le recourant ne conteste pas son contenu en soi, il s'est opposé

à ses conclusions, avant de nuancer et préciser sa position lors de l'audience de comparution personnelle du 22 octobre 2015. Il résulte notamment du rapport du 15 décembre 2014 que le recourant ne présentait pas de trouble évident de la thymie, que l'évolution de l'arthrodèse sous-talienne était tout à fait favorable et que l'assuré pourrait exercer une activité professionnelle à plein temps, moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles. Le Dr F_____ a convenu en revanche que l'ancienne activité de monteur-électricien n'était plus exigible.

A/2283/2015 - 10/18 - La chambre de céans observe, tout d'abord, que le rapport du Dr F_____ se base sur un examen physique du recourant et sur son dossier médical. L'anamnèse est complète et les plaintes de l'intéressé ont été prises en considération. Les descriptions et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Ce spécialiste s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé du recourant, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il s'ensuit que ce rapport remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit accordée une pleine valeur probante. c. Encore faut-il examiner si d'autres avis médicaux commandent de s'écarter de ses conclusions. Tel n'est pas le cas : Le rapport du 12 août 2014 du Département de chirurgie des HUG mentionne une évolution favorable et l'absence de circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison. Celui rédigé le 27 octobre 2014 par le Dr D_____ confirme la bonne évolution et l'absence de circonstances particulières de nature à influencer défavorablement le processus de guérison. Il ajoute qu'aucun dommage permanent n'est à craindre. Quant à celui de la Dresse E_____ du 31 octobre 2014, il préconise certes une polysomnographie, sans alléguer toutefois que les troubles du sommeil ou de la thymie seraient susceptibles d'affecter la capacité de travail de l'assuré. Force est de constater que rien ne vient infirmer les conclusions du Dr F_____, auxquelles il convient donc de se rallier. d. Sans produire aucun certificat médical à l'appui de ses allégations, le recourant a d'abord soutenu, dans son écriture du 21 juin 2015, que les médecins avaient considéré que l'exercice d'une activité n'était désormais plus exigible de sa part. Il a également allégué que sa capacité de rendement et ses chances de réinsertion étaient nulles. Or, les Drs F_____ et G_____ ont estimé sa capacité de travail à 100% dans une activité adaptée, sans mentionner aucune diminution de rendement. D'ailleurs, lors de l'audience du 22 octobre 2011, le recourant a relativisé l'ampleur de la plupart des affections dont il avait affirmé souffrir dans son recours. Il a notamment précisé que, traité depuis bientôt une année pour ses apnées du sommeil, son état s'était amélioré ; il a également convenu que la fatigue dont il souffrait depuis son infarctus ne l'avait jamais empêché de travailler. On ajoutera que la Dresse E_____, dans son rapport 31 octobre 2014, a constaté l'absence d'atteinte notable au status cardio-pulmonaire et neurologique. Quant aux autres maux invoqués par le recourant (i.e. arthrose aux genoux, céphalées chroniques, nausées, troubles de la tension artérielle, douleurs ostéo- articulaires multiples), force est de constater que bien qu'ils soient présents, selon

A/2283/2015 - 11/18 - ses dires, depuis plusieurs années, ils n'ont pas non plus constitué un obstacle à l'exercice d'une activité professionnelle (l'assuré, lors d'un entretien à la SUVA du 30 octobre 2013, a indiqué avoir travaillé en qualité de monteur-électricien de 2003 à 2011, puis à nouveau en 2013). S'agissant de l'état dépressif qu'il invoque, celui-ci n'est corroboré par aucun document médical et le recourant ne fait d'ailleurs l'objet d'aucun traitement ou suivi sur ce plan, ce qui tend à démontrer que ce trouble - si trouble il y a -

n'atteint pas un degré de gravité tel qu'il empêcherait l'exercice d'une activité. Le recourant a d'ailleurs finalement concédé qu'une profession assise serait envisageable, avec l'aménagement de pauses. Enfin, il est à noter que la greffe osseuse que le recourant a subie le 5 septembre 2015 au niveau de la cheville droite est intervenue après la décision litigieuse, de sorte qu'elle ne peut pas être prise en compte par la chambre de céans. Quoiqu'il en soit, l'incapacité de travail qui en a résulté n'a vraisemblablement été que temporaire. e. Compte tenu des conclusions convaincantes du Dr F_____, au demeurant non contredites par le rapport de la Dresse E_____, les constatations sommaires du Dr D_____ et le Département de chirurgie des HUG, ainsi que par les propos tenus par le recourant en audience de comparution personnelle, la chambre de céans retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, comme l'a fait à juste titre l'intimé, que le recourant est capable d'exercer à plein temps une activité adaptée, moyennant le respect des limitations retenues par le SMR, soit éviter la montée et descente répétée des escaliers, le port de charges de plus de 15 kg, les stations debout prolongées et la marche sur terrain instable. 11. S'agissant de la date à partir de laquelle une telle capacité de travail peut être retenue, le SMR la fixe au 12 septembre 2014. Le Dr D_____, dans son rapport du 27 octobre 2014, n'a pas fixé de date pour la reprise du travail mais il ne faisait plus état des douleurs décrites dans le rapport du Département de chirurgie des HUG du 12 août 2014, ce dont on peut conclure qu'elles avaient alors disparu ou à tout le moins diminué. Dans son rapport du 15 décembre 2014, le Dr F_____ a constaté l'aptitude du recourant à exercer une activité adaptée à plein temps. Au vu de l'évolution favorable et sans complications de l'arthrodèse sous-talienne pratiquée en juin 2014, il n'est pas insoutenable de considérer, comme le fait le SMR, que le recourant a été en mesure d'exercer une profession adaptée à plein temps à partir de septembre 2014, soit trois mois après l'opération. 12. Il convient à présent de vérifier le calcul du degré d'invalidité. a. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption

A/2283/2015 - 12/18 - notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). 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. b. Concernant les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il convient d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus. Ainsi, 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). 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 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). c. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des

salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). d. Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse des salaires (ci-après : l'ESS) (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un

A/2283/2015 - 13/18 - large pouvoir d'appréciation. 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 adoptée 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 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; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). e. 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 (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir 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 économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (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 (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328). f. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 246 consid. 1 et les références). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à

la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des

A/2283/2015 - 14/18 - contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.2 et les références). À cet égard, il sied de préciser que le Tribunal fédéral a considéré qu'un homme de l'âge de 60 ans et deux mois n'était pas proche de la retraite (arrêt 9C_393/2008 du 27 janvier 2009) a fortiori un homme de 58 ans (arrêt 9C_800/2008 du 18 septembre 2009). 13. a. En l'occurrence, le droit éventuel à la rente est né au plus tôt en septembre 2014, dès lors que la demande de prestations a été déposée le 11 mars 2014 et que le début de l'incapacité de travail durable déterminante, soit une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable, est présente depuis le 11 juillet 2013. Pour déterminer le degré d'invalidité du recourant, avec une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, il convient ainsi de se placer en 2014, et non en 2013 comme l'a considéré l'intimé. b. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé s'est référé, à juste titre, à la dernière activité du recourant en 2013. Il ressort des pièces contenues dans le dossier, notamment du contrat de mission du recourant auprès de C_____ Sàrl, que le nombre d'heures de travail par semaine était de 40 et que le salaire horaire de base du recourant s'élevait à CHF 26.29 avec une part de 13ème salaire de CHF 2.52, pour un total de CHF 28.81. Dans son calcul, l'intimé a divisé à tort par douze le nombre d'heures qu'aurait effectuées le recourant en 2013, dans la mesure où il s'agit de déterminer le salaire annuel et non mensuel que l'assuré aurait pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Il y a donc lieu de retenir que le salaire annuel du recourant, comprenant le 13ème salaire, s'élève à CHF 59'924.80 en 2013 (28.81 x 40 [nombre d'heures par semaine] x 52 semaines). Adapté selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes (ISS en 2013 : 2204 et en 2014 : 2220), le revenu du recourant sans invalidité en tant qu'aide monteur-électricien aurait été de CHF 60'359.80.- (59'924.80 x 2220/2204). c. Concernant le salaire avec invalidité, dans la mesure où le recourant n'a pas repris une activité lucrative, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé aux ESS. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part du recourant dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est bien celui que peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir CHF 65'520.- par année (CHF 5'210.- x 12 ; ESS 2012, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire

A/2283/2015 - 15/18 - inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures ; Office fédéral de la statistique – statistique de durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à 65'177 (65'520 x 41.7 : 40) et à CHF

66'130.-, indexé à 2014 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (ISS, en 2012 : 2188 et en 2014 : 2220 ; soit $65'177 \times 2220/2188$). En outre, la prise en compte d'un abattement supplémentaire sur le salaire statistique n'est pas contestée, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. L'intimé a tenu compte d'un abattement de 10% sur le salaire statistique, pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Le recourant soutient que son âge (57 ans au jour de la décision litigieuse) constitue un obstacle à sa réinsertion professionnelle. Cependant, il n'est pas proche de l'âge de la retraite dès lors que celui-ci est fixé à 65 ans pour les hommes. Ainsi, il ne convient pas d'exclure pour des motifs liés à l'âge du recourant toute perspective raisonnable de réinsertion dans le marché du travail, notamment compte tenu de sa formation d'employé de commerce. Il y a cependant lieu de relever que les effets de l'âge du recourant et de son absence prolongée du marché du travail peuvent influencer concrètement ses perspectives salariales. À cet égard, l'abattement de 10% retenu par l'intimé ne tient pas compte de manière appropriée de ces facteurs, de sorte qu'une déduction de 15% apparaît plus justifiée. Hormis ces éléments, il n'y a pas d'autres circonstances à prendre en considération. Ainsi, le revenu annuel brut avec invalidité, compte tenu d'un abattement de 15%, peut être fixé à CHF 56'210.50. Il s'ensuit que la perte de gain du recourant est de CHF 5'900.50 par année (soit $60'359.80 - 56'210.50$), ce qui représente 6,87% du revenu sans invalidité ($[4'149.30/60'359.80] \times 100$). C'est le lieu de relever que, pour déterminer le degré d'invalidité selon la méthode de comparaison des revenus, c'est la perte de gain (et non le revenu avec invalidité après abattement) qui doit être mise en rapport avec le revenu hypothétique sans invalidité. Le résultat exact du calcul doit ensuite être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3, modifiant la jurisprudence publiée aux ATF 127 V 129 consid. 39). Le taux d'invalidité du recourant est donc de 7%, taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI) ou même à des mesures de reclassement dans une nouvelle profession (art. 17 LAI). En effet, le droit à un reclassement suppose une diminution de la capacité de gain de 20% environ dans toute activité raisonnablement exigible et pouvant être exercée sans formation complémentaire (ATF 124 V 108 consid. 2/b et les références).

A/2283/2015 - 16/18 - 14. Reste à déterminer si le recourant peut prétendre à une autre mesure de réadaptation que le reclassement, tels l'orientation professionnelle ou l'aide au placement. 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). 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. 1bis LAI en vigueur dès le 1er 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). Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1er 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). 15. a. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). b. En l'espèce, les limitations prescrites par les médecins ne paraissent pas excessivement contraignantes. De surcroît, le recourant dispose d'une formation d'employé de commerce et il ressort de son curriculum vitae qu'il a travaillé dans un établissement de gestion de fortune de 1991 à 1996, dans l'administration de 1997 à 1998, puis comme aide-monteur électricien. Ainsi, dans la mesure où le recourant est capable d'exercer toute activité légère compatible avec ses limitations et sa formation, force est de constater que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités adaptées à ses limitations, dont l'exercice est exigible. Partant, le recourant n'a pas droit à une mesure d'orientation professionnelle.

A/2283/2015 - 17/18 - 16. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit : à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié et à un conseil suivi afin de conserver un emploi. Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4ème révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux arrêts du Tribunal fédéral I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références). Une telle mesure n'étant pas envisageable sans la pleine collaboration de l'assuré, qui doit entreprendre personnellement les démarches de recherche d'emplois étant donné son devoir de diminuer le dommage (cf. notamment ATF 123 V 230 consid. 3c et les références), la subordination d'un tel droit à une requête motivée est parfaitement fondée et correspond d'ailleurs à une pratique constante de tous les offices AI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4). En l'espèce, le recourant, considérant que des mesures professionnelles ne seraient pas susceptibles d'augmenter sensiblement ses perspectives de gain sur le moyen terme, n'a déposé aucune requête motivée en vue d'une aide au placement, de sorte qu'il ne peut en l'état se voir accorder une telle mesure. L'intéressé semblant toutefois avoir besoin d'un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, il convient de le rendre attentif au fait qu'il peut déposer une requête motivée auprès de l'OAI en vue d'obtenir une aide au placement. Les pièces versées au dossier permettent de statuer sur le degré d'invalidité du recourant et son droit à des mesures d'ordre professionnel. Partant, il n'y a pas lieu d'ordonner des mesures d'instruction complémentaires, par appréciation anticipée des preuves. 17. Mal fondé, le recours est rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/2283/2015 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.