

GE_GERICHTE ATAS/118/2022 vom 17. Februar 2022

GE Cour de justice, 2022-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_118_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/118/2022 du 17 février 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/118/2022 del 17 febbraio 2022

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA).

E. 3

Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

E. 4

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

E. 5

Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA - E 5 10]).

E. 6

Le litige porte sur la question du bien-fondé de la décision sur opposition du 22 avril 2021 refusant à l'assuré tout droit à des prestations invalidité.

E. 7

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 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, en 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.

A/1821/2021 - 15/26 - En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

E. 8

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). 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).

E. 9

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité

A/1821/2021 - 16/26 - ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne

concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 ; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

E. 10.1

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).

E. 10.2

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, 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).

E. 10.3

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

A/1821/2021 - 17/26 - manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'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).

E. 10.4

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 11.1

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). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique.

E. 11.2

Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

A/1821/2021 - 18/26 -

E. 11.3

Quant au revenu d'invalide, 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'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de 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).

E. 11.4

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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). 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 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. 12

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

A/1821/2021 - 19/26 -

E. 13

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).

E. 14.1

En l'espèce, la décision querellée du 22 avril 2021 est fondée sur l'expertise orthopédique réalisée par le Dr Q_____ en date du 21 janvier 2021, qui retient que la capacité de travail de l'assuré est nulle, depuis juillet 2014, dans sa profession antérieure d'exportateur de voitures, mais entière, depuis février 2016, dans toute activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il convient de rappeler que le recourant a déposé sa demande de prestations AI en septembre 2015. Au 1er mars 2016, soit six mois après le dépôt de sa

demande (art. 29 al. 1 LAI), son degré d'invalidité était considéré comme nul, dans une activité adaptée, partant insuffisant pour permettre l'octroi d'une rente d'invalidité ou de mesures d'ordre professionnel. Le recourant reproche à l'intimé de s'être fondé, à tort, sur les conclusions de l'expertise du Dr Q_____ pour retenir une capacité de travail totale dans une activité adaptée alors que le recourant ne disposerait, au mieux, que d'une capacité de travail de 50 %. La chambre de céans constate que suite au renvoi de la cause par arrêt du 25 juin 2020, l'OAI a complété l'instruction en ordonnant une expertise orthopédique. L'expertise du Dr Q_____ est fondée sur une anamnèse complète, effectuée en connaissance du dossier médical, sur les indications subjectives de l'assuré, les observations cliniques, ainsi qu'une discussion détaillée. Elle prend en compte les douleurs dorsales invoquées par l'assuré dans le cadre de la précédente procédure de 2019. En outre, ses conclusions sont motivées, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante. C'est le lieu de rappeler que pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien- fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3).

A/1821/2021 - 20/26 - Le recourant allègue que les conclusions de l'expert seraient infirmées par plusieurs éléments, qui seront examinés ci-après.

E. 14.2

Dans un premier grief, le recourant considère que les conclusions de l'expert se heurtent à l'appréciation du Dr H_____ selon laquelle le ressenti de la sécheresse oculaire bilatérale empêcherait l'assuré de travailler 8h30 par jour et de se concentrer. Il convient de rappeler que cet argument avait déjà été invoqué dans la précédente procédure ayant abouti à l'arrêt du 25 juin 2020. Les juges avaient alors constaté que même le médecin traitant de l'assuré, à l'époque le Dr B_____, généraliste, avait estimé que ni les troubles de l'estomac, ni les troubles oculaires ne diminuaient la capacité de travail du recourant. Ce dernier produit le même certificat médical du Dr H_____, daté du 27 juin 2017, qui a déjà été examiné dans la procédure de 2019. Or, comme le relève l'intimé, ledit certificat ne se fonde que sur le ressenti du recourant, sans aucun élément objectif à l'appui et sans indiquer en quoi la capacité de travail serait diminuée. Partant, il ne saurait être retenu pour infirmer les conclusions de l'expert Q_____.

E. 14.3

Dans un deuxième grief, le recourant rappelle qu'il souffre d'une dépression alors même que ce grief a également déjà été examiné dans les considérants de l'arrêt du 25 juin 2020 avec la conclusion qu'au regard de la valeur probante de l'expertise du Dr J_____, une incapacité de travail pour des causes psychiques ne pouvait être retenue. Là encore, le recourant ne soumet aucune pièce nouvelle permettant de rendre vraisemblable une éventuelle aggravation de ses troubles psychiques, se contentant de transmettre les certificats d'incapacité de travail signés par la dresse I_____, déjà produits dans la procédure de 2019 et ne remettant aucunement en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise psychiatrique du 25 octobre 2018 diligentée par le Dr J_____.

E. 14.4

Enfin, le recourant considère qu'il ne pourrait pas travailler 8h30 par jour, en raison des limitations fonctionnelles mentionnées dans l'expertise du Dr Q_____. Ce faisant, il confond le temps de travail et les limitations devant être respectées dans le cadre de l'activité adaptée, cette dernière pouvant fort bien être sédentaire et éviter l'utilisation d'escaliers, d'échafaudages et une marche plus de 30 minutes. Le recourant se livre ainsi à une simple appréciation divergente de sa capacité de travail, fondée sur les appréciations de ses médecins traitants déjà examinées dans le cadre de la procédure de 2019 et sans faire état d'un quelconque élément objectif qui pourrait avoir été ignoré par l'expert Q_____. Compte tenu de ce qui précède et au vu de la valeur probante de l'expertise du Dr Q_____, les griefs du recourant doivent être écartés, étant rappelé qu'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

A/1821/2021 - 21/26 - 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).

E. 15

En ce qui concerne la conclusion subsidiaire du recourant visant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, le recourant n'en développe ni la nécessité, ni les contours, dans ses écritures.

E. 15.1

Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) 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). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références).

E. 15.2

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum

de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

A/1821/2021 - 22/26 -

E. 15.3

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. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). 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. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). 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. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références). 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 130 V 488 consid. 4.2 et les références ; ATF 124 V 108 consid. 3a).

A/1821/2021 - 23/26 -

E. 15.4

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 (art. 6 LPGa) et susceptible d'être réadapté à droit : à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) ; à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). Selon la jurisprudence, les raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 consid. 6a). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c in VSI 2003 p. 274 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2010 du 9 août 2011 consid. 2.2).

E. 15.5

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). Et même en matière de reclassement, ce taux ne constitue pas une limite absolue. Selon les circonstances du cas particulier, une invalidité légèrement inférieure à 20 % peut ouvrir le droit à une mesure de reclassement (arrêt du Tribunal fédéral I 665/99 du 18 octobre 2000 consid. 4b). En outre, en présence d'un assuré en début de carrière professionnelle et pour lequel les activités adaptées envisagées (sans mesure de réadaptation) relèvent de travaux ne requérant pas de formation ou connaissances particulières, le droit aux mesures de reclassement dans une nouvelle profession ne saurait être subordonné à la limite des 20 %. En effet, l'équivalence approximative des possibilités de gain offertes par l'ancienne activité et par la nouvelle ne saurait être réalisée à long terme que si les deux formations ont, elles aussi, une valeur approximativement comparable (ATF 124 V 108 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_704/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.1 et les références). Or, selon l'expérience générale de la vie, l'évolution des salaires des personnes avec ou sans formation professionnelle n'est pas la même. L'expérience montre en particulier que dans un grand nombre de catégories professionnelles, le salaire initial des personnes ayant terminé leur apprentissage n'est pas supérieur, ou ne l'est pas de manière significative, aux rémunérations offertes sur le marché du travail pour des activités n'impliquant pas de formation particulière, tandis qu'il progresse d'autant plus rapidement par la suite (ATF 124 V 108 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_262/2016 du 30 août 2016 consid. 5.2).

A/1821/2021 - 24/26 -

E. 16

Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, comme c'est le cas en l'espèce, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi pour obtenir des mesures de réadaptation professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, in VSI 2003 p. 274), principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurerait valable également après l'entrée en vigueur de la 4ème et de la 5ème révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 427/05 du 24

mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 5.2). On ne voit pas en quoi le recourant serait entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé, dans la faculté de rechercher un emploi. Étant encore précisé que le salaire statistique retenu par l'OAI, dans le cadre d'un revenu avec invalidité, correspond à des activités simples, ne demandant pas de connaissances particulières et pouvant être exercées en tenant compte des limitations fonctionnelles du recourant. S'y ajoute le fait 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) et qu'il faut démontrer une perte de gain de 20 % environ pour se voir ouvrir, en principe, une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), perte de gain que le recourant ne subit pas dans le cas d'espèce, comme cela est démontré infra.

E. 17

S'agissant de la conclusion visant à l'audition du recourant, par appréciation anticipée des preuves et compte tenu du caractère exhaustif du dossier, la chambre de céans considère qu'il n'est pas nécessaire d'y procéder, étant précisé que le recourant a déjà été entendu dans le cadre de la procédure de 2019.

E. 18.1

En ce qui concerne la comparaison des revenus à laquelle se livre l'OAI, l'intimé retient un statut de personne travaillant à 100 %, ce qui ne prête pas le flanc à la critique et un revenu sans invalidité de CHF 36'359.-, qui est établi sur la base des avis de taxation de l'administration fiscale cantonale, pour les années d'imposition 2011 à 2013 qui mentionnent un salaire brut annuel de CHF 36'000.-, ledit salaire étant actualisé pour l'année 2015.

E. 18.2

En ce qui concerne le revenu avec invalidité, par CHF 66'633.- et à défaut d'indication plus précise, il est vraisemblable que l'intimé l'a établi en se fondant sur la statistique des salaires bruts standardisés (tableau TA1 skill level de l'ESS) comme il l'avait fait, dans le cadre de son projet de décision du 1er mars 2019 (procédure de 2019) aboutissant à un montant identique de CHF 66'633.-, ce qui permet d'envisager que ledit salaire statistique retenu en 2019 n'a pas été actualisé dans l'intervalle par l'OAI. Aucune indication ne figure dans la décision querellée, pour la prise en compte d'un éventuel abattement. La chambre de céans

A/1821/2021 - 25/26 - considère qu'un taux d'abattement de 10 % devrait être retenu in casu en raison des limitations fonctionnelles du recourant ; il convient de relever qu'il s'agissait du taux retenu dans le projet de décision du 1er mars 2019, qui aboutissait ainsi à un revenu avec invalidité de CHF 59'969.- après abattement de 10 %. En appliquant ce même taux d'abattement de 10 % au revenu statistique avec invalidité de CHF 66'633.-, on parvient ainsi à un montant après abattement de CHF 59'969.-. En comparant le revenu avant invalidité de CHF 36'359.- au revenu (statistique) avec invalidité de CHF 66'633.-, il en résulte une perte de gain nulle et un degré d'invalidité de 0 %.

E. 18.3

Dans le cas d'espèce on pourrait, certes, s'interroger sur l'opportunité de retenir un salaire sans invalidité de CHF 36'359.-, qui semble inférieur aux normes de salaire, s'agissant

d'une activité à plein temps ; néanmoins, même en remplaçant ledit salaire par le salaire statistique, il n'en resterait pas moins que la perte de gain serait alors équivalente au taux d'abattement appliqué, soit 10 %, équivalent à un degré d'invalidité de 10 %, ce qui ne changerait rien à la décision querellée. C'est donc à bon droit que l'intimé a nié au recourant tout droit à des prestations invalidité.

E. 19

Compte tenu de l'ensemble des éléments mentionnés supra, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

E. 20

Le recourant plaidant au bénéfice de l'assistance juridique, il est renoncé à percevoir l'émolument de justice prévu à l'art. 69 al. 1bis LAI (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

A/1821/2021 - 26/26 - Statuant À la forme :

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