

GE_GERICHTE ATAS/149/2015 vom 2. März 2015

GE Cour de justice, 2015-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_149_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/149/2015 du 2 mars 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/149/2015 del 2 marzo 2015

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès 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.

E. 2

a) A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune

A/1201/2014 - 11/20 - modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 3 juillet 2012 et une décision de l'intimé du 17 mars 2014 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, celles du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 et celles du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012.

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

E. 4

L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

E. 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. 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. 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). c. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6

A/1201/2014 - 12/20 - LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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. d. 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. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 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 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). 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. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle

A/1201/2014 - 13/20 - expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; ATF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009). Le nombre d'entretiens ou la durée de ceux-ci ne sont pas des critères retenus pour juger du caractère probant d'un rapport d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3a). f. 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). g. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, 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 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement, d'une précision ou d'un

A/1201/2014 - 14/20 - complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références). 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 (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b).

E. 6

a. En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise du 21 janvier 2014 effectuée, sur mandat de l'OAI, par le Dr K_____. b. Ce dernier est un médecin indépendant, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Ses conclusions se fondent sur le dossier complet de l'assuré, y compris radiologique, et sur un examen clinique. Le rapport d'expertise comporte une anamnèse détaillée, une description des plaintes du recourant et le résultat de l'examen clinique de l'assuré par l'expert. Ce dernier a posé des diagnostics, décrit les limitations fonctionnelles de l'assuré et déterminé sa capacité de travail de façon claire et précise. Il a posé de nombreuses questions à l'assuré et procédé à un bilan actualisé de son état de santé, relevant une récurrence de l'atteinte aux mains et au pied droit, qui n'était pas établie jusque-là. Il a retenu des limitations fonctionnelles qui correspondent à celles admises par le recourant lui-même. L'expert aboutit ainsi à des résultats convaincants et aucun indice concret sérieux ne permet de douter de leur bien-fondé, en particulier pas le rapport médical du 30 août 2012 du Dr H_____, qui, comme l'a relevé l'expert, a retenu une incapacité de travail complète comme magasinier depuis juin 2011, mais ne s'est pas prononcé sur une capacité de travail exigible. c. Le recourant allègue que l'expertise du Dr K_____ est incomplète du fait qu'elle n'indique pas quelle activité adaptée il serait susceptible d'exercer et qu'elle se contente d'indiquer que des mesures professionnelles de reclassement ou de placement devraient lui être proposées, ce qui n'est pas suffisant selon lui. Le rôle de l'expert est de procéder à une analyse médicale et d'établir les éventuelles limitations fonctionnelles, ce qu'a fait le Dr K_____. On ne saurait lui reprocher de ne pas avoir établi quelles activités adaptées le recourant pourrait exercer, ce qui n'entre pas dans le cadre de ses compétences spécifiques et ce qui n'était, en outre, pas nécessaire en l'espèce, comme cela sera démontré ci-après. d. Le recourant considère encore que l'expertise est incomplète dans la mesure où elle n'aborde pas la question d'une éventuelle baisse de rendement. Le Tribunal fédéral, dans son arrêt 9C_843/2012 du 1er mars 2013 concernant un cas similaire dans lequel l'expertise n'abordait pas la question du rendement, a

A/1201/2014 - 15/20 - considéré qu'il y avait tout lieu de penser, faute d'élément médical contredisant ce point de vue, que l'évaluation de la capacité de travail incluait déjà cet élément. Il en résulte qu'une détermination expresse sur le rendement ne s'impose pas dans tous les cas. En l'espèce, il ressort de l'expertise que l'assuré a retrouvé une capacité de travail complète dans une activité adaptée, ce qui implique logiquement une absence de baisse de rendement. Le fait que l'assuré ait exprimé des doutes quant à son rendement ne suffit pas à remettre en cause la conclusion de l'expert sur ce point. e. En conclusion, l'expertise n'est pas incomplète et il ne se justifie pas d'en ordonner le complément ou une nouvelle.

E. 7

a. 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 28 al. 2 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, 104 V 135 consid. 2a et 2b). b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). 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). 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 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique. 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

A/1201/2014 - 16/20 - 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 (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). d. Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité 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. 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). Toutefois, dans certains domaines d'activités dans lesquels les postes à temps partiel sont répandus et répondent à un besoin de

la part des employeurs, comme celui d'employé de bureau, le critère du taux d'occupation n'a guère d'importance (ATF du 30 avril 2012 9C 751/2011). 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; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). f. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il aurait été judicieux que l'OAI donne au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il pouvait encore exercer, mais qu'il convenait néanmoins d'admettre que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on devait convenir qu'un nombre significatif étaient adaptées aux limitations du recourant et

A/1201/2014 - 17/20 - accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4). g. 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'oeuvre (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). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (ATF non publié 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

E. 8

a. Le recourant reproche à l'OAI de s'être référé à des statistiques abstraites pour déterminer le revenu sans invalidité. b. Dans la mesure où le revenu sans invalidité doit être établi de manière aussi concrète que possible, rien ne justifie en l'espèce de ne pas tenir compte du dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé auprès de la Pharmacie

E_____, en tant que magasinier. Les conditions particulières justifiant le recours aux données statistiques ne sont pas réalisées. Le dernier salaire réalisé par l'assuré est connu et il correspond manifestement au salaire qu'il était en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide, puisqu'il a exercé l'activité de magasinier pendant un grand nombre d'années, et en particulier plus de dix ans pour la société D_____SA. Sa période de chômage n'a pas été assez longue pour justifier qu'il soit pas tenu compte de son dernier salaire réalisé auprès de la Pharmacie E_____ où il est resté pendant plus de deux ans. C'est donc à tort que l'OAI s'est référé aux données statistiques pour déterminer le revenu sans invalidité. Il aurait dû retenir comme salaire annuel sans invalidité la

A/1201/2014 - 18/20 - somme CHF 71'890,09 (salaire de CHF 70'613,40 en 2010 à la Pharmacie E_____, indexé à 2012). b. S'agissant de la détermination du revenu avec invalidité à prendre en considération, le recourant allègue que dans la mesure où l'OAI n'indiquait pas quelle activité adaptée serait susceptible d'exercer le recourant, il convenait d'admettre qu'il n'en existait pas, de sorte que son incapacité de travail était de 100 % et qu'il avait donc droit à une rente d'invalidité complète. c. En l'espèce, et au vu de la jurisprudence en la matière, il faut retenir que l'OAI n'avait pas à désigner expressément des activités compatibles avec les limitations de l'assuré, s'agissant d'activités légères accessibles sans formation particulière, dès lors que le marché du travail offre une large palette de ce type d'activités. L'OAI a pour le surplus suggéré dans sa réponse du 30 juin 2014 des activités pouvant être exercées par l'assuré, soit le conditionnement léger, l'industrie manufacturière, la gestion de stocks et la vente dans un petit magasin. La décision de l'OAI n'est ainsi pas critiquable du fait qu'elle ne désigne pas expressément des activités compatibles avec les limitations de l'assuré. C'est à juste titre que l'OAI a retenu un salaire avec invalidité de CHF 62'217.- en se fondant sur le tableau TA1 pour homme, domaine de travail dans des activités de niveau 4, simples et répétitives de l'ESS 2010, en travaillant à 100%, indexé à 2012. c. Le recourant soutient encore que l'OAI aurait dû retenir un abattement de 25%, et non de 10% comme il l'a fait, au vu de son âge, de son absence de formation et des limitations fonctionnelles liées à ses deux mains ainsi qu'à son pied droit. En l'espèce, le recourant était âgé de 55 ans au moment de la décision de l'OAI. Son âge ne justifiait pas un abattement supplémentaire, au vu de la jurisprudence en la matière, de même que son absence de formation professionnelle, dès lors que l'OAI a retenu que seules des activités de niveau 4 (simples et répétitives), sans formation professionnelle au préalable, étaient exigibles du recourant. L'appréciation de l'OAI tient globalement compte de l'ensemble des facteurs personnels et professionnels du cas particulier. C'est donc à bon droit que l'OAI a retenu un abattement de 10%.

E. 9

Au vu des considérations qui précèdent, le degré d'invalidité de l'assuré dont aurait dû tenir compte l'OAI était de 22,11%. Ce degré d'invalidité n'ouvre pas droit à une rente. Il y a lieu de relever, à cet égard, que même si, par hypothèse, l'abattement maximum de 25% avait été retenu, le taux d'invalidité serait de 35,09% et n'ouvrirait pas de droit à une rente invalidité.

E. 10

L'OAI a refusé au recourant tout droit à des mesures professionnelles sur la base d'un taux d'invalidité retenu de 10%. Dans sa réponse du 30 juin 2014, il a admis un taux d'invalidité de 11,25% et proposé "sous conditions que les critères objectifs et subjectifs soient

remplis", la mise en place d'une orientation professionnelle afin de

A/1201/2014 - 19/20 - cibler la ou les activités qui seraient les plus adaptées à ses limitations fonctionnelles (parmi celle du TA1). Au vu du taux d'invalidité retenu, une mesure de reclassement au sens l'art. 17 LAI est en outre envisageable, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une telle mesure étant une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OAI pour nouvelle décision sur les mesures professionnelles dont pourrait bénéficier le recourant.

E. 11

Le recours sera ainsi partiellement admis, la décision du 17 mars 2014 annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.

E. 12

Le recourant, représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'espèce à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 1 LPA).

E. 13

Il ne sera pas perçu d'émolument.

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.