

GE_GERICHTE ATAS/158/2019 vom 26. Februar 2019

GE Cour de justice, 2019-02-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_158_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/158/2019 du 26 février 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/158/2019 del 26 febbraio 2019

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 CJCAS 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

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. 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 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 343 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Il court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

Sont litigieux le droit du recourant à des mesures supplémentaires de reclassement et son degré d'invalidité, en particulier l'importance de ses limitations fonctionnelles.

A/1804/2018 - 12/27 -

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 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. 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). 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. 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 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.

E. 6

a. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes

A/1804/2018 - 13/27 - arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 412 consid. 2b et ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références). b. L'administration qui est saisie d'une nouvelle demande doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2). c. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas

changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et 109 V 114 consid. 2a et b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

E. 7

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 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

A/1804/2018 - 14/27 - 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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. c. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). d. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/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. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur

A/1804/2018 - 15/27 - le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

E. 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 ;

A/1804/2018 - 16/27 - 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. 9

En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant et a pris en charge un reclassement professionnel de gestionnaire de stock au regard du degré d'invalidité de 23 %. Au terme du stage pratique effectué en entreprise pendant quatre mois à 100 % et pendant deux mois à 50 %, l'intimé a considéré que le recourant avait acquis les connaissances et l'expérience nécessaires pour lui permettre de mettre en œuvre sa capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans un premier moyen, le recourant conteste les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, notamment la limite de port de charges fixée à 15 kg dès lors que son médecin traitant retient un port de charges limité de 3 à 5 kg. À titre préalable, il convient de relever qu'il n'y a pas de divergence significative entre le Dr D_____ et le SMR quant aux diagnostics posés ayant une incidence sur la capacité de travail du recourant, à savoir des lombalgies sur dégénérescence L3- L4 et L4-L5, ainsi qu'une coxarthrose bilatérale asymptomatique. Il n'y a pas davantage de divergence quant à l'appréciation de la capacité de travail du recourant qui est nulle dans l'activité de coordinateur depuis le 12 mars 2015 et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 1er janvier 2016. Quant aux limitations fonctionnelles, il y a également pour l'essentiel une concordance entre celles mentionnées par le médecin traitant et le SMR, sauf s'agissant de la limitation du port de charges. Dans son avis du 15 septembre 2016, le SMR fixe les limitations fonctionnelles, notamment la limitation du port de charges à 15 kg, en se référant aux divers rapports au dossier des spécialistes en charge du recourant et plus précisément au rapport du Dr D_____ d'avril 2016. Or, à l'exception de l'expertise de la Clinique CORELA qui n'a pas de valeur probante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8F_8/2018 du 7 janvier 2019 consid. 2.3.3), le seul médecin qui se détermine sur les limitations fonctionnelles depuis la nouvelle demande du 11 août 2015 est le Dr D_____. Ce dernier retient un port de charges limité à 2 ou 3 kg dans son rapport du 26 novembre 2015 et mentionne de petites charges dans son rapport du 25 avril 2016. Le SMR n'explique pas son évaluation de la limite de port de charges à 15 kg autrement que par un renvoi au rapport du Dr D_____ d'avril 2016. Or, ledit rapport ne précise aucune limite de charges et se borne à mentionner de petites charges. Par conséquent, il convient d'examiner si cette limite ressort des autres rapports établis dans le cadre de la première demande. Lors de la première demande, qui concernait une incapacité de travail survenue à la suite d'une lésion tendineuse de l'épaule droite, le Dr D_____ avait retenu une limitation fonctionnelle concernant notamment tout port de charges avec le bras

A/1804/2018 - 17/27 - droit dans son rapport du 26 juin 2012, alors que le Dr C_____ avait fixé une limite de port de charges à 10 kg dans son rapport du 21 mars 2012 et à 3 kg dans son rapport du 6 février 2013 bien qu'il notait une amélioration de l'état de santé du recourant. Pour sa part, dans son rapport du 7 novembre 2012, le Dr E_____ avait estimé la limite de port de charges à environ 15 kg. Dès lors, les spécialistes de l'appareil

locomoteur avaient apprécié cette limite entre

E. 10

et 15 kg, abstraction faite de l'évaluation du Dr C_____ du 6 février 2013 qui apparaît incohérente car il est difficilement explicable qu'après une amélioration de l'état de santé, la limite de port de charges passe de 10 kg à 3 kg. La limite de charges de 2 à 3 kg telle qu'elle ressort du rapport du Dr D_____ du 26 novembre 2015 n'est pas motivée et n'est pas plausible puisque, dans le cadre de la première demande, il avait conclu à l'absence totale de charges avec le bras droit, alors que les spécialistes de l'appareil locomoteur appréciaient la limite de port de charges de 10 à 15 kg environ. Étant donné que la première demande était motivée par une lésion tendineuse de l'épaule droite qui permettait néanmoins au recourant de porter des charges jusqu'à environ 15 kg et que dans le cadre de la nouvelle demande, le recourant souffre essentiellement de lombalgies non déficitaires sur dégénérescence L3-L4 et L4-L5, la limitation de poids retenue lors de la première demande vaut également dans ce cadre, dès lors que l'épargne des membres supérieurs ne peut pas être moindre en cas de troubles lombaires non déficitaires. Par conséquent, les conclusions du SMR quant à une limite de port de charges de

E. 15

Dans la décision litigieuse, l'intimé a comparé en 2017 le revenu sans invalidité de CHF 74'244.- avec un revenu d'invalidité de CHF 66'179.- établi sur la base de l'ESS 2014 TA1_tirage_skill_level (ligne 49-53, niveau 2). Il a appliqué un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles et a fixé le degré d'invalidité à 11 %. Le recourant conteste ce calcul au motif que le revenu d'invalidité est irréaliste, que l'intimé a retenu à tort un niveau de compétence 2 et qu'il a appliqué un abattement inférieur de 5 % à son précédent calcul. En l'espèce, dans le cadre de sa nouvelle demande du 11 août 2015, l'incapacité de travail durable du recourant remonte au 12 mars 2015, de sorte que le droit éventuel à la rente date du 1er mars 2016 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI). Toutefois, postérieurement à cette date, le recourant a bénéficié d'une mesure de reclassement jusqu'au 30 novembre 2017, puis d'une indemnité journalière pour la recherche d'un emploi jusqu'au 29 janvier 2018. Par conséquent, il y a lieu de calculer le degré d'invalidité en 2018 (art. 29 al. 2 LAI). Toutefois, faute de chiffres

A/1804/2018 - 25/27 - statistiques disponibles sur l'évolution des salaires nominaux en 2018, ce calcul ne peut se faire que pour l'année 2017. Le revenu sans invalidité de CHF 74'244.- en 2016 n'est pas contesté. Par conséquent, il y a lieu de l'adapter à l'évolution des salaires nominaux de 2016 à 2017. Selon le tableau T39 de l'office fédéral de la statistique, l'indice des salaires nominaux pour les hommes a passé de 2239 à 2249. Par conséquent, le revenu sans invalidité en 2017 du recourant est de CHF 74'576.- ($74'244 : 2239 \times 2249$). Quant au revenu d'invalidité, le salaire que le recourant pourrait obtenir après l'achèvement d'un reclassement en tant que gestionnaire de stock doit être déterminé selon le tableau TA1_skill_level de l'ESS 2016 (lignes 49-53 correspondant aux activités de transport et entreposage, niveau de compétence 2, pour homme). En effet, le niveau de compétence 1 ne vise que les tâches physiques ou manuelles simples, alors que l'activité de gestionnaire de stock inclut d'autres tâches, notamment l'utilisation d'un logiciel de gestion de la production assistée par ordinateur. Selon la note de bas de page dudit tableau, le niveau de compétence 2 vise les tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement de données et les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques,

les services de sécurité, la conduite de véhicules. C'est le lieu de préciser que c'est justement en raison de l'activité du recourant de coordinateur, confinée à des tâches manuelles simples (petite mécanique, montage de roues, coordination du travail, entretien des véhicules), que l'intimé a pris en considération un niveau de compétence 1 dans le calcul du degré d'invalidité du 23 mai 2017 effectué avant que le recourant n'achève son reclassement et qui tenait compte du salaire pour un homme, tous secteurs confondus. Selon ledit tableau, le revenu mensuel d'un homme travaillant dans le domaine du transport et de l'entreposage en 2016 avec un niveau de compétence 2 est de CHF 5'710.-, soit CHF 68'826.- ($5'710 \times 12 = 68'520 : 2239 \times 2249$) par an en 2017. Il correspond à un horaire de travail de 40 heures, de sorte qu'il doit être porté à CHF 71'751.- ($68'826 \times 41,7 : 40$) pour tenir compte d'un horaire hebdomadaire en 2017 de 41,7 heures par semaine. S'agissant de l'abattement, dans son calcul du 23 mai 2017, l'OAI a appliqué un abattement de 15 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du nombre d'années de service auprès du même employeur, alors que dans la décision entreprise, il opère un abattement de 10 % qui ne prend plus en considération le nombre d'années de service. Le critère des années de service a pour but de tenir compte du fait qu'une personne qui débute dans une entreprise ne réalise en général pas un salaire moyen (Ulrich MEYER / Marc REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3ème éd. 2014, n. 108 ad art. 28a). À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a retenu que ce facteur justifiait une déduction de 5 % dans le cas d'une assurée âgée de 46 ans au regard de la durée restante du parcours professionnel de l'assurée

A/1804/2018 - 26/27 - jusqu'à l'âge de la retraite, qui lui permettra d'acquérir au fil du temps une certaine expérience dans le nouveau domaine d'activités adaptées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_160/2014 du 30 juin 2014 consid. 5.3). En l'occurrence, le fait que le recourant dispose de connaissances récentes dans le domaine de la gestion de stock ne change rien au fait que le salaire qu'il pourrait obtenir dans ce domaine tiendra compte de son absence d'ancienneté et sera ainsi inférieur à la moyenne. Ainsi que la chambre de céans a déjà eu l'occasion de le préciser dans un arrêt du 31 octobre 2017 (ATAS/974/2017), il apparaît contradictoire d'admettre l'incidence de ce critère dans le calcul du 23 mai 2017 et de l'écarter dans la décision litigieuse. Par conséquent, en tenant compte de toutes les circonstances professionnelles et personnelles, il y a lieu d'appliquer un abattement global de 15 % sur le revenu d'invalidité, de sorte que ce dernier s'élève à CHF 60'988.- ($71'751 \times 85 \%$). En comparant le revenu d'invalidité avec celui sans invalidité de CHF 74'576.-, le degré d'invalidité est de 18 % ($74'576 - 60'988 = 13'588 : 74'576 \times 100$), qui est inférieur au degré minimum d'invalidité donnant droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

E. 16

Il se justifie, en conséquence, de rejeter le recours. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-. Vu l'issue donnée au recours, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPG). * * * * *

A/1804/2018 - 27/27 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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