

GE_GERICHTE ATAS/164/2019 vom 27. Februar 2019

GE Cour de justice, 2019-02-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_164_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/164/2019 du 27 février 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/164/2019 del 27 febbraio 2019

Erwägungen

E. 31

Le 11 octobre 2013, le recourant a notamment transmis à la chambre de céans : - un certificat du Dr E_____ du 17 septembre 2013 attestant de douleurs persistantes en position assise ou debout prolongée, d'une instabilité lombaire et d'un manque de tenue du matériel chirurgical ainsi que de l'incapacité de l'assuré à exercer une quelconque activité professionnelle. - deux rapports des 19 et 30 septembre 2013 du Dr C_____, dans lesquels celui-ci confirmait ne pas voir quelle activité professionnelle le recourant pourrait exercer, puisqu'il souffrait de douleurs invalidantes en position assise ou debout après dix à quinze minutes.

E. 32

Les 25, 31 mars et 11 avril 2014, le recourant a transmis à la chambre de céans diverses pièces, parmi lesquelles : - un rapport du 6 mars 2014 établi par la docteure J_____, spécialiste FMH en oncologie, dont il ressort que celle-ci avait diagnostiqué en février 2014 chez l'assuré un adénocarcinome moyennement différencié et ulcéré infiltrant la paroi colique jusqu'au tissu adipeux péri-colique et qu'une chimiothérapie de six mois allait débiter. - deux rapports établis les 5 et 9 mars 2014 par la Dresse K_____, selon lesquels l'état dépressif de l'assuré s'était dégradé suite à la découverte de l'adénocarcinome. Un traitement antidépresseur avait été tenté sans succès à la fin de l'année 2013. Vu l'état psychique, les limitations fonctionnelles et le faible niveau d'instruction de son patient, toute activité professionnelle demeurait impossible. - un rapport du Dr C_____ du 25 mars 2014 faisant état d'une péjoration des symptômes de l'assuré depuis l'expertise rhumatologique de mai 2011, vu l'instabilité et la protrusion discale L4-L5 observées sur l'IRM de juin 2012, ainsi que la boiterie antalgique très importante qu'il avait constatée en septembre 2013. - un certificat du Dr E_____ du 8 avril 2014 relevant que s'il n'avait prescrit à l'assuré que des antalgiques mineurs, c'était par réticence vis-à-vis des effets indésirables potentiels d'anti-inflammatoires chroniques. L'expertise ne tenait pas compte du rapport du Dr C_____ du 25 juin 2012 et les quelques signes d'exagération manifestés par l'assuré étaient compréhensibles, vu la chronicité de ses symptômes.

A/508/2018 - 7/30 -

E. 33

Dans un arrêt du 9 décembre 2014 (ATAS/1272/2014), la chambre de céans a jugé que les rapports d'expertise des Drs H_____ et I_____ emportaient conviction et retenu qu'il était établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant avait présenté une incapacité de travail totale dans son activité habituelle ou dans toute autre activité dès le 22 novembre 2006, puis qu'il avait retrouvé une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations dès août 2008 et, à tout le moins, jusqu'à l'expertise

rhumatologique du 17 mai 2011. Par la suite, l'état de santé somatique et psychique de l'assuré s'était aggravé, mais le dossier ne permettait pas en l'état de se prononcer sur ce point. La cause a en conséquence été renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise en rhumatologie, en oncologie et, cas échéant, en psychiatrie pour déterminer en particulier l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré dès juin 2011. La chambre de céans relevait que l'intimé, considérant à tort que sa décision de 2009 était partiellement entrée en force, avait fait abstraction des conclusions de l'expertise sur la capacité de travail et omis de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité tenant compte de celles-ci. Il lui appartiendrait de procéder, à l'issue de l'instruction complémentaire, au calcul de l'invalidité tenant compte d'une capacité de travail nulle dans toute activité du 22 novembre 2006 à fin juillet 2008, puis de 80% dans une activité adaptée d'août 2008 à mai 2011 au moins.

E. 34

L'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire à la Policlinique Médicale Universitaire (ci-après PMU).

E. 35

Le rapport établi le 20 septembre 2016 par la doctoresse L_____, médecin interne FMH, la doctoresse M_____, médecin interne FMH, et le docteur N_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, de la PMU, résume les pièces médicales au dossier, contient un rappel anamnestique, est fondé sur un entretien effectué avec un interprète, décrit les plaintes actuelles de l'expertisé et les constatations objectives des experts. Ceux-ci ont posé les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail de lombalgies chroniques, d'épisode dépressif d'intensité moyenne et de status post hémicolectomie gauche le 6 février 2014 pour un adénocarcinome et post chimiothérapie. Les diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail étaient une obésité modérée et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Sur le plan de la médecine interne, l'examen clinique montrait un expertisé en état général satisfaisant. L'examen neurologique n'objectivait pas de troubles de la sensibilité profonde et la seule anomalie était une abolition des réflexes rotuliens. Le dernier ENMG en février 2016 mentionnait une normalisation des neurographies sensibles, ce qui démontrait une évolution satisfaisante de la neuropathie toxique post chimiothérapie diagnostiquée en 2015. Du point de vue rhumatologique, l'expertisé décrivait une symptomatologie douloureuse qui s'était diffusée, depuis l'intervention chirurgicale vertébrale de 2007, à l'ensemble du rachis. L'examen clinique, parasité par un comportement douloureux avec de nombreuses autolimitations, était relativement pauvre. En

A/508/2018 - 8/30 - particulier, aucune raideur lombaire importante ni amyotrophie n'avaient été retrouvées, qui auraient pu corroborer les limitations fonctionnelles sévères rapportées par l'expertisé. L'étude des documents radiologiques montrait une spondylarthrose L4-L5 et L5-S1. Aucun élément radiologique ne suggérait le diagnostic d'instabilité lombaire sur les explorations de 2006 ni celles de 2013 et 2015. Les experts s'interrogeaient également sur la possibilité d'un tel diagnostic per opératoire, le patient étant endormi et en décubitus pour cette intervention. En conclusion, sur le plan rhumatologique, il n'y avait pas d'explication prépondérante à l'intensité et la persistance de la symptomatologie douloureuse de l'assuré. La spondylarthrose et les antécédents de chirurgie lombaire définissaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail

lourd, pas de port de charges excédant 10 kg, positions de travail alternées, pas de mouvement en rotation ou porte-à-faux du tronc, pas d'exposition aux vibrations corporelles. L'activité habituelle de manœuvre n'était plus adaptée à l'état de santé de l'expertisé. Dans une telle activité, sa capacité de travail était nulle depuis 2006. En revanche, dans une activité adaptée, sa capacité de travail était totale. Du point de vue oncologique, l'expertisé était toujours, presque trois ans après la découverte de son cancer colique, en rémission, ce qui était un élément pronostic favorable, les rechutes survenant en grande majorité avant cet intervalle de temps. La maladie et les traitements n'étaient pas impliqués dans les symptômes actuels de l'expertisé. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle ni d'incapacité de travail de nature oncologique. Du point de vue psychiatrique, les experts ont retenu le diagnostic d'épisode dépressif évoluant depuis 2012. L'évolution avait été défavorable, passant d'une dysthymie à un épisode jugé actuellement comme d'intensité moyenne, en raison d'une tristesse, d'une irritabilité, d'un manque de motivation, d'idées suicidaires et d'un repli social. Les items concernant l'estime de soi et les idées de culpabilité ne pouvaient être explorés en raison de ressources intellectuelles insuffisantes de l'expertisé, ce qui pouvait contribuer à sous-évaluer la sévérité de l'épisode dépressif. La dégradation de l'état psychique était datée de l'annonce du cancer en 2014. L'expertisé était suivi depuis 2015 par le docteur O_____, psychiatrie et psychothérapie, clinique NEO-Psy. Les experts rejoignaient l'appréciation de ce dernier quant à la sévérité de l'épisode dépressif. Ils rejetaient également le diagnostic de majoration des symptômes pour raisons psychologiques pour expliquer la discordance entre l'importance des plaintes constatées par les somaticiens et la pauvreté des trouvailles de l'examen clinique et de l'imagerie. Initialement expliqué par la hernie discale L4-L5, le syndrome douloureux avait perduré et s'était diffusé dans un contexte de perte d'un emploi dans le bâtiment choisi. Les limitations physiques chez un sujet sans formation professionnelle, avec un manque de connaissances linguistiques avaient abouti à une perte de rôle social. Le sentiment de perte de contrôle et d'impuissance qui en avait résulté avait abouti, dans ce contexte, à l'adoption par l'expertisé d'un statut d'invalidé. Le rapport de

A/508/2018 - 9/30 - stage des ÉPI mentionnait ainsi un assuré démonstratif, plaignant et peu présent, car persuadé ne plus être en mesure de travailler, mais comprenant bien les consignes et rendant un travail de qualité. La survenue du cancer colique en 2014 avait renforcé le sentiment de fragilité et d'impuissance de l'expertisé. Les limitations fonctionnelles retenues pour la pathologie psychiatrique étaient une intolérance au stress, une irritabilité, un manque de motivation et un repli social. Ces limitations impactaient de manière cohérente tous les secteurs de la vie de l'expertisé. Ce dernier avait un suivi et un traitement psychiatrique. L'observance était cependant rendue difficile par son illettrisme et la honte que celui-ci occasionnait. L'expertisé refusait la préparation de ses médicaments par un tiers. Ses ressources du fait de la pathologie psychiatrique et des capacités intellectuelles réduites étaient jugées insuffisantes pour faire face à l'anxiété créée par la survenue du cancer et au syndrome douloureux chronique, mais contrairement au Dr O_____, les experts ne considéraient pas qu'elles étaient nulles. L'expertisé était ainsi capable de maintenir une vie familiale harmonieuse et de profiter, par exemple, régulièrement de ses petits-enfants. Il était par ailleurs soutenu par sa famille. Au vu de ces éléments, les experts considéraient que sa capacité de travail, du point de vue psychiatrique, était de 50% depuis février 2015. En conclusion et après discussion collégiale, les experts rejetaient une diminution de la capacité de travail de l'expertisé dans toute activité pour motif psychiatrique à partir de février 2014, date à laquelle il avait été pris en charge pour la

découverte d'un cancer du côlon. Il avait été opéré du côlon puis avait reçu une chimiothérapie pendant six mois. Cette prise en charge justifiait une incapacité de travail totale de février 2014 à février 2015. À partir de février 2015, l'expertisé avait retrouvé une capacité de travail entière dans un poste adapté aux limitations rhumatologiques et de 50% du point de vue psychiatrique.

E. 36

Par avis du 13 décembre 2016, la doctoresse P_____, médecin SMR, a considéré que les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire étaient convaincantes.

E. 37

Dans un rapport du 23 janvier 2017, le service de réadaptation a considéré qu'au regard de la capacité de travail résiduelle de l'assuré, de son âge et de son profil, des mesures d'ordre professionnel ne réduiraient pas le dommage.

E. 38

Par projet de décision du 2 mai 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui octroyait une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 100% du 1er novembre 2007 au 31 octobre 2008. Après une période d'amélioration de la capacité de gain de trois mois depuis août 2008, son degré d'invalidité était passé à 33%, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Par la suite, son état s'était aggravé entraînant une incapacité de travailler dès le 1er janvier 2014 dans toute activité, de sorte que la perte de gain se confondait avec les incapacités de travail. Il s'agissait d'une nouvelle atteinte à la santé et l'OAI avait en conséquence appliqué un nouveau délai d'attente d'un an, à l'échéance duquel, le 1er janvier 2015, l'assuré présentait un degré d'invalidité de 100%, qui lui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2015 au 31 mai 2015. Sa capacité de travail dans

A/508/2018 - 10/30 - une activité adaptée était de 50% depuis mars 2015. Après une période d'amélioration de la capacité de gain de trois mois, soit dès le 1er juin 2015, son degré d'invalidité était de 56%, ce qui lui ouvrait le droit à une demi-rente d'invalidité. Le droit à d'autres mesures professionnelles n'était pas reconnu. Pour déterminer le taux d'invalidité de l'assuré pour la période du mois d'août 2008 jusqu'à mai 2011, l'OAI a pris en compte pour fixer le revenu avant l'atteinte à la santé un revenu annuel brut à hauteur de CHF 60'450.- (CHF 4'650.- x 13), correspondant au salaire auquel aurait pu prétendre l'assuré en 2008, selon le rapport de son employeuse du 11 février 2008. Après examen des données communiquées par le SMR, l'OAI estimait que l'assuré pouvait exercer toute activité lucrative à temps complet sur le marché équilibré du travail qui ne nécessitait pas de formation complémentaire. Il s'est ainsi référé pour fixer le revenu mensuel avec invalidité à l'ESS 2008 TA1 pour un homme, total, dans une activité de niveau 4, soit CHF 4'806.-, correspondant à CHF 4'998.- en tenant compte de la durée normale hebdomadaire de travail de 41,6 heures, et à CHF 59'979.- après annualisation. L'OAI a ensuite pris le 80% de ce dernier montant, qu'il a encore réduit de 15% pour tenir compte du fait que seule une activité légère était possible, des limitations fonctionnelles et de l'âge. Il a ainsi fixé à CHF 40'786 - le revenu avec invalidité. Pour fixer le taux d'invalidité de l'assuré dès le 1er juin 2015, l'intimé a pris en compte, pour déterminer le revenu avant l'atteinte à la santé, d'un revenu annuel brut de CHF 64'322.- en 2015, en indexant à cette année le revenu obtenu en 2008 par l'assuré, soit CHF 60'450.-, selon le rapport de l'employeuse du 11 février 2008. Il a pris en compte pour déterminer le revenu avec invalidité le revenu selon l'ESS 2014, TA1_tirage_skill_level, pour un homme, total, soit CHF 5'312.-, correspondant à CHF

5'538.- en tenant compte de la durée normale hebdomadaire de travail de 41,7 heures, à CHF 66'453.- annualisés, à CHF 66'633.- après indexation à 2015. L'OAI a ensuite pris le 50% de ce dernier montant, qu'il a encore réduit de 15% pour tenir compte du fait que seule une activité légère était possible, des limitations fonctionnelles et de l'âge. Il a ainsi fixé à CHF 28'319.- le revenu avec invalidité.

E. 39

Le 14 juin 2017, l'assuré s'est opposé au projet de décision précité et a produit : - un rapport établi le 9 juin 2017 par la Dresse K_____ attestant que l'état de l'assuré restait inchangé et qu'il ne pouvait toujours pas tenir de longues périodes assis ou debout ni porter des charges. - un rapport établi le 15 mars 2017 par le docteur Q_____, spécialiste FMH en radiologie, qui indiquait avoir examiné l'assuré le jour-même et que celui-ci présentait des lombalgies lors de l'ensemble des mouvements. Il était sous traitement antalgique important. Il lui était proposé de réaliser des blocs antalgiques pour confirmer ses articulations souffrantes ainsi que sa pathologie irradiante de type canalaire. Le patient n'avait jamais bénéficié de séances

A/508/2018 - 11/30 - infiltratives. Suite à cette prise en charge par blocs de la douleur, des traitements de désensibilisation par radiofréquence notamment de la charnière dorso-lombaire droite et lombosacrée gauche pourraient être proposés. Il lui était expliqué que, dans le cadre post-opératoire, le traitement de sa symptomatologie irradiante des membres inférieurs était plus difficile et que d'autres techniques pourraient lui être proposées qu'elles soient de renforcement discal ou d'ozonothérapie. - un rapport établi le 13 juin 2017 par le Dr C_____ qui indiquait que l'assuré présentait une décompensation douloureuse de sa lombosciatique gauche pour laquelle il avait suggéré, à l'époque, un traitement chirurgical. Sa capacité de travail était certainement de moins de 50%, y compris dans une activité adaptée. En effet, le patient était incapable de maintenir une position assise ou debout prolongée de plus de dix à vingt minutes. Cette symptomatologie avait été décompensée davantage encore par la survenue d'un cancer du côlon nécessitant un traitement agressif qui avait, secondairement, affaibli la musculature abdominale et paravertébrale de l'assuré. À l'heure actuelle, la situation de celui-ci ne s'était pas améliorée.

E. 40

Par avis du 28 août 2017, le docteur R_____, médecin SMR, a considéré que les nouvelles pièces médicales versées au dossier par l'assuré n'étaient pas de nature à modifier l'avis du SMR du 13 décembre 2016.

E. 41

Le 29 août 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision.

E. 42

Le 12 février 2018, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant, préalablement à la comparution personnelle des parties, à l'audition des Drs C_____ et E_____ ainsi que des experts et à une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Il concluait, principalement, à l'annulation de la décision querellée et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à une rente complète d'invalidité depuis le 1er novembre 2007 et, subsidiairement, à des mesures professionnelles ou de réadaptation, avec suite de frais et dépens. Il faisait grief à l'OAI

d'avoir rendu une décision arbitraire, car son état de santé rendait absolument nécessaire une rente d'invalidité complète. Subsidiairement, de nouvelles mesures devaient être ordonnées pour rétablir ou améliorer sa capacité de gain dans la mesure du possible. Les Drs C_____, E_____ et K_____ avaient confirmé son incapacité totale de travailler depuis le 1er novembre 2007, quel que soit le domaine d'activité examiné.

E. 43

Le 8 mars 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Sa décision se fondait sur le rapport d'expertise de la PMU qui avait une entière valeur probante. Des mesures d'ordre professionnel ne seraient pas de nature à améliorer la capacité de gain de l'assuré, qui, par ailleurs, concluait à l'octroi d'une rente entière. Il y avait donc lieu de considérer qu'il ne remplissait pas les conditions objectives et subjectives à l'octroi de telles mesures.

A/508/2018 - 12/30 -

E. 44

Le 26 juillet 2018, le recourant a notamment produit un rapport établi par le Dr O_____ le 7 juillet 2018, dans lequel celui-ci certifiait suivre le recourant depuis le 2 février 2015. Celui-ci présentait des manifestations d'ordre psychiatrique secondaires aux problèmes somatiques. Son évolution sur le plan psychiatrique restait inquiétante et négative. Il sombrait en dépression. Sa vie restait marquée par une symptomatologie dépressive, un isolement social et une anodontie. Il présentait des lombalgies chroniques avec des douleurs des membres inférieurs avec une instabilité persistante de l'étage L4-L5 et une neuropathie des membres inférieurs. Ses problèmes de santé avaient commencé en novembre 2006 et depuis, il avait été mis au bénéfice d'un arrêt de travail sans jamais pouvoir reprendre son activité professionnelle. Il souffrait toujours de douleurs invalidantes en position assise ou debout et cet état se prolongeait avec une boiterie antalgique significative. Les problèmes somatiques avaient affecté sa vie avec la notion de handicap pas encore reconnue légalement, ce qui avait aggravé encore son état moral et psychologique. Le patient présentait un état dépressif permanent d'intensité moyenne. Du point de vue psychiatrique, il présentait une capacité de travail nulle dans tous les types d'activité et de travail. Ses limitations avaient leur origine dans le trouble dépressif qui agissait comme un perturbateur général de fond, ce qui influençait profondément le fonctionnement et le rendement professionnel.

E. 45

Le 28 août 2018, l'intimé, se fondant sur un avis médical du SMR du 24 août 2018, a considéré que les nouveaux documents produits par le recourant ne permettaient pas de retenir une éventuelle aggravation de son état de santé depuis l'expertise de la PMU de septembre 2016, ni des atteintes non prises en compte. En conséquence, il fallait s'en tenir aux conclusions précédentes des experts et considérer que la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il rappelait qu'en ce qui concernait les rapports émanant des médecins traitants, le juge pouvait et devait tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui conférait son mandat, le médecin traitant tranchait dans le doute en faveur de son patient. Par ailleurs, le Tribunal fédéral avait décidé que le caractère invalidant des troubles dépressifs devait désormais être établi à l'aide de la procédure probatoire structurée adoptée pour les troubles somatoformes douloureux et les pathologies associées. Le Tribunal fédéral distinguait cependant deux cas de figures dans lesquels il n'était pas nécessaire de recourir à cette

procédure probatoire ou lorsqu'elle s'avérait inappropriée. Elle n'était pas nécessaire lorsque le cas d'espèce se caractérisait par un état de fait clairement circonscrit et par des évaluations médicales concordantes. Dans ce cas, l'analyse devait se concentrer sur la gravité de la pathologie et sa consistance, lorsqu'il existait des indices d'aggravation des plaintes ou de simulation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_130/2017). En l'espèce, l'expert-psychiatre et le psychiatre traitant concordaient tant sur le diagnostic que sur sa sévérité, soit un trouble dépressif d'intensité moyenne. Il ressortait de l'expertise du 20 septembre 2016 une absence d'argument en faveur d'un trouble de la

A/508/2018 - 13/30 - personnalité. Les relations amicales et familiales du recourant étaient conservées ainsi que certaines activités dont les voyages au Kosovo, ce qui indiquait une absence de cohérence. Le médecin traitant ayant récemment changé le traitement, on ne pouvait parler d'échec de celui-ci, surtout en l'absence d'antidépresseurs. Par ailleurs, il existait une discordance entre les plaintes de l'intéressé et les constatations cliniques et radiologiques, ce qui constituait un critère d'exclusion du caractère invalidant de l'atteinte.

E. 46

Sur ce, 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), 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 3. 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). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné dès le 1er janvier 2008 en fonction des modifications de la LAI, 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 du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 22 juin 2005, FF 2005 4322). 4. La chambre de céans a déjà jugé dans son arrêt du 9 novembre 2014, qui est entré en force, que le recourant présentait une incapacité de travail totale dans toute

A/508/2018 - 14/30 - activité dès le 22 novembre 2006, puis une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations dès août 2008 et à tout le moins jusqu'à mai 2011. L'intimé a octroyé une rente entière d'invalidité au recourant du 1er novembre 2007 au 31 octobre 2008. En conséquence, fait encore partie du litige, le calcul du taux d'invalidité pour la période courant de novembre 2008 à mai 2011 et le droit du recourant à une rente entière

d'invalidité pour cette période. Pour la période courant dès juin 2011, le litige porte tant sur la capacité de travail du recourant que sur le taux d'invalidité, sous réserve de la période courant du 1er janvier 2014 au 31 mai 2015 pour laquelle l'intimé a retenu que le recourant était totalement incapable de travailler, ce qui lui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité du 1er janvier au 31 mai 2015. Le litige porte enfin sur le droit du recourant à des mesures professionnelles. 5. 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). 6. 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). 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). 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

A/508/2018 - 15/30 - 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. 7. 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. Dans une nouvelle jurisprudence datant de novembre 2017 (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 effet, celles-ci 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 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. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). Il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs sont les suivants : a. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le

A/508/2018 - 16/30 - degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. c. La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. d. Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées. e. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie. f. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et

dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. g. Il faut examiner en suite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une

A/508/2018 - 17/30 - incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée. 8. Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2). 9. 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). 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.

A/508/2018 - 18/30 - 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. 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). 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

A/508/2018 - 19/30 - 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). 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). 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 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; arrêt du Tribunal fédéral 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 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/508/2018 - 20/30 - 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). 10. 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). 11. 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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

A/508/2018 - 21/30 - 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 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 12. En l'espèce, il convient en premier lieu d'établir quelle était la capacité de travail du recourant dès juin 2011. L'intimé a fait procéder à une expertise pluridisciplinaire qui n'a pas été critiquée en tant que telle par le recourant, si ce n'est qu'il en conteste les conclusions, en se fondant sur des rapports médicaux de ses médecins traitants. Le rapport d'expertise de la PMU se fonde sur l'étude approfondie du dossier médical du recourant ainsi que sur des examens cliniques complets. L'anamnèse est précise et détaillée et les plaintes du recourant ont été prises en considération. L'appréciation de la situation médicale est claire. Les experts se sont déterminés sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles et leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes. Leur rapport remplit ainsi les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante. Celle-ci n'est pas sérieusement remise en cause au seul motif que les médecins traitants ont une opinion divergente sur la capacité de travail du recourant, dès lors que leurs avis médicaux contraires ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. Dans la mesure toutefois où le rapport d'expertise a été rendu antérieurement à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle il y a dorénavant lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle d'une personne assurée souffrant de maladies psychiques selon les indicateurs applicables au trouble somatoforme douloureux, il faut vérifier si le contenu de l'expertise permet de répondre à ces indicateurs. L'expert-psychiatre a constaté que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif évoluant défavorablement depuis 2012 pour atteindre une intensité moyenne. Il a

retenu que les ressources du recourant, du fait de la pathologie psychiatrique et des capacités intellectuelles réduites, étaient insuffisantes pour faire face à l'anxiété créée par la survenue du cancer et au syndrome douloureux chronique, tout en considérant qu'elles n'étaient pas nulles, vu la capacité du recourant à maintenir une vie familiale harmonieuse. Ces constatations permettent d'analyser le premier indicateur développé par la jurisprudence relatif au degré de gravité minimal inhérent au diagnostic, qui doit être retenu en l'espèce. Le second indicateur a trait au succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Il ressort du rapport d'expertise que l'assuré a bénéficié

A/508/2018 - 22/30 - d'un suivi et d'un traitement psychiatrique, mais que l'observance était rendue difficile par son illettrisme et la honte que celui-ci occasionnait. Il refusait la préparation des médicaments par un tiers. L'on ne peut retenir, dans ces circonstances, un échec définitif du traitement sur un assuré qui coopère de manière optimale. Il n'apparaît pas que l'assuré souffre d'une comorbidité psychique. En revanche, il souffre d'une comorbidité somatique qui l'empêche totalement d'exercer son ancienne activité et il a souffert d'un cancer. Ces éléments ont sans doute un impact sur la dépression dont souffre l'assuré et doivent être pris en compte dans l'appréciation globale de sa situation. S'agissant de personnalité de l'assuré, le rapport d'expertise apporte des éléments utiles à son appréciation en précisant que les ressources de celui-ci sont réduites non seulement du fait de sa pathologie psychiatrique, mais également en raison de ses capacités intellectuelles limitées. Il ressort également du rapport d'expertise que le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais des membres de sa famille, quand bien même l'évolution de sa dépression a été défavorable avec notamment un repli social. Le rapport précise également que les limitations de l'assuré l'impactent de manière cohérente dans tous les secteurs de sa vie. Il résulte de l'analyse qui précède que les experts de la PMU ont pris matériellement en considération tous les éléments de fait nécessaires pour l'examen des indicateurs applicables aux troubles psychiques. Leur rapport est ainsi suffisant pour trancher la présente cause et il n'y a pas lieu de le faire compléter ou d'ordonner une nouvelle expertise. 13. Sur la base de l'expertise, il convient de retenir que le recourant était capable de travailler dans une activité adaptée à 100% dès juin 2011 (étant rappelé qu'il a déjà été jugé qu'il était capable de travailler à 80% dans une activité adaptée du mois d'août 2008 à mai 2011), puis incapable de travailler à 100% dès février 2014 et à 50% dès février 2015. 14. 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). 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

A/508/2018 - 23/30 - décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). 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 édité 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 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). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

A/508/2018 - 24/30 - Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). 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). Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). Il a considéré

A/508/2018 - 25/30 - qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). 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 contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2). Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se

placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4). À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005

A/508/2018 - 26/30 - consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2). 15. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne

permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration

A/508/2018 - 27/30 - de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b). En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77. Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGa sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif -, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 consid. 4.1 et les références). En revanche, l'art. 88bis RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2 et les références; voir aussi le ch. 4018 de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], valable à partir du 1er janvier 2013). 16. En l'espèce, c'est à tort que l'intimé a pris en compte pour établir le revenu sans invalidité du recourant le salaire mensuel indiqué par l'employeur, qui correspondait à l'horaire de travail normal de l'entreprise de 41.75 heures hebdomadaires. En effet, le recourant n'a pas été payé en fonction d'un tel horaire et il convient de se référer aux heures de travail effectivement accomplies. Ainsi, il y a lieu de prendre en considération le salaire concrètement perçu par le recourant, soumis aux cotisations AVS (qui englobe la part du 13ème salaire, le droit aux vacances et les indemnités pour jours fériés) en prenant la moyenne de ses salaires mensuels de l'année 2006 jusqu'au mois de novembre, mois pendant lequel son accident est intervenu, étant relevé qu'il a reçu un salaire très réduit en décembre 2006. Ainsi, le salaire mensuel moyen en 2006 du recourant était de CHF 4'307.- ($\text{CHF } 47'544.90 - \text{CHF } 167.35 = \text{CHF } 47'377.55 / 11 \text{ mois}$), ce qui correspond à un salaire annuel de CHF 51'684.60 en 2006, de CHF 53'686.28 en 2008 et de CHF 57'125.- en 2015. Les revenus avec invalidité fixés par l'intimé n'appellent pas la critique. Le recourant étant âgé de 57 ans en 2015, il était exigible qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles.

A/508/2018 - 28/30 - Ainsi, le taux d'invalidité pour la période courant du mois d'août 2008 à mai 2011 (capacité de travail de 80% dans une activité adaptée), avec le revenu d'invalidité précité est de 24%, ce qui n'ouvre pas le droit au recourant à une rente d'invalidité, de sorte que la décision querellée doit être confirmée sur ce point. Le taux d'invalidité pour la période courant du 18 mai 2011 à fin janvier 2014 (capacité de travail de 100% dans une activité adaptée) est nul, ce qui n'ouvre pas de droit à une rente d'invalidité pour le recourant, de sorte que la décision querellée doit être confirmée sur ce point. Le taux d'invalidité pour la période courant dès février 2015 (capacité de travail de 50% dans une activité adaptée), avec le revenu d'invalidité précité est de 50,42%, ce qui ouvre au recourant

le droit à une demi-rente d'invalidité, de sorte que la décision querellée doit également être confirmée sur ce point. 17. Reste à déterminer si le recourant a droit à des mesures d'ordre professionnel. a. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) 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). 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). 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). 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). 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 (art. 15 LAI). Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). La rééducation

A/508/2018 - 29/30 - 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 RAI). 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). b. En l'espèce, une mesure d'ordre professionnel ne se justifie pas au vu de l'âge du recourant et du fait que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif est adaptée à son état de santé et accessibles sans formation particulière. 18. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. 19. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI).

A/508/2018 - 30/30 -

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.