

GE_GERICHTE ATAS/291/2016 vom 14. April 2016

GE Cour de justice, 2016-04-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_291_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/291/2016 du 14 avril 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/291/2016 del 14 aprile 2016

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), en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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

A/9/2014 - 11/23 - 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). c. En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision litigieuse du 19 novembre 2013, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des modifications de la LAI suscitées, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 3 janvier 2014, contre la décision de l'intimé du 19 novembre 2013, est recevable en vertu des art. 56ss LPGA et compte tenu de la période de suspension

des délais courant du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail et de son degré d'invalidité.

E. 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 6

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent

A/9/2014 - 12/23 - 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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. b. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). c. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences

A/9/2014 - 13/23 - au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). e. 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).

E. 7

a. 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). b. 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

A/9/2014 - 14/23 - 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). c. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

E. 8

En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a été dans l'incapacité totale d'exercer une quelconque activité professionnelle du 29 juillet 2012 à la mi-juillet 2013. Seule demeure litigieuse l'évaluation de sa capacité de travail par la suite. En effet, dans sa décision du 19 novembre 2013, l'intimé, se fondant sur les conclusions de l'expertise du Dr E_____ et celles de l'expertise de la PMU, considère qu'à compter du 10 juillet 2013, la capacité de travail du recourant a été de 70% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, alors que le recourant soutient, pour sa part, qu'il est totalement incapable de reprendre son ancienne activité et que sa capacité à exercer une activité adaptée ne dépasse pas 50% depuis le 1er août 2013. Il invoque la décision du 23 août 2013 de l'assurance-chômage, l'avis de son médecin traitant, le Dr D_____, et les observations du Dr H_____.

E. 9

a. Dès lors, il convient d'examiner, de prime abord, la valeur probante de l'expertise rendue par la PMU le 13 octobre 2015. Cette expertise se base sur le dossier médical du recourant et son examen physique. L'anamnèse est complète et les plaintes de l'intéressé ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les experts se sont prononcés sur l'évolution de l'état de santé du recourant, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Leurs conclusions, rendues à l'issue d'un consilium rhumatologique, d'un consilium orthopédique et d'un colloque de synthèse multidisciplinaire, sont cohérentes et convaincantes. L'expertise réalisée est ainsi conforme aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui conférer une pleine valeur probante. b. Encore faut-il examiner si d'autres avis médicaux commandent de s'écarter de ses

conclusions. D'un point de vue somatique, les experts retiennent les diagnostics de douleurs diffuses du membre inférieur gauche d'étiologie indéterminée, prédominant au genou gauche, à la suite de la fracture supra-condylienne ouverte du fémur gauche subie en 1992 et de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse réalisée en 1999, ainsi qu'une gonarthrose externe gauche débutante séquellaire. Ils admettent des limitations fonctionnelles concernant la marche prolongée, la station debout

A/9/2014 - 15/23 - prolongée, la position accroupie ou à genou, la montée et la descente répétée d'escaliers, ainsi que le port de charges. Ce faisant, rejoignant les conclusions du Dr E_____, ils concluent à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès la mi-juillet 2013, date à laquelle a été rendu le rapport du Dr E_____. Le recourant conteste une telle capacité de travail et, se prévalant des avis des Drs D_____ et H_____, ainsi que des conclusions du stage effectué auprès de la fondation PRO, soutient avoir recouvré une capacité de 50% tout au plus dans une activité adaptée dès le 1er août 2013. En effet, dans un rapport du 30 octobre 2012, le Dr D_____ a posé le diagnostic de défauts d'axes, se comprimant les uns et les autres. Il concluait alors à une incapacité de travail totale depuis l'accident, mais était d'avis que la reprise d'une activité professionnelle pourrait être tentée dans une activité en position assise et à mi-temps. Par rapport du 20 août 2013, à la suite d'une radiographie des membres inférieurs et du genou gauche, le Dr H_____ a conclu à des séquelles post-traumatiques du fémur gauche, responsables d'un raccourcissement et d'une déformation métaphysaire distale en valgus, à l'origine d'un trouble statique du membre inférieur gauche. Or, dans leur expertise du 13 octobre 2015, les experts se prononcent sur le défaut d'axe relevé par le Dr D_____ et l'estiment minime. Ils expliquent que les examens cliniques montrent une diminution de longueur d'environ 10 mm du membre inférieur gauche et un petit trouble rotatoire banal. Les membres inférieurs sont ainsi parfaitement normo-axés et il n'y a pas d'évidence de défaut d'axe majeur des membres inférieurs ou de raccourcissement nettement significatif. Pour le surplus, eu égard aux conclusions des Drs D_____ et H_____, les experts indiquent avoir également relevé des troubles dégénératifs au niveau du genou gauche, mais les jugent légers, débutants et non évolutifs depuis 2013. Pour le reste, il convient de remarquer que le rapport du Dr I_____ du 24 septembre 2013, également produit par le recourant, fait état d'un examen électroneuromyographique dans les limites de la norme, sans atteinte neurogène sensitive ou motrice du membre inférieur gauche. Ainsi, pour les experts, seule la gonarthrose diagnostiquée justifie les limitations fonctionnelles retenues. Force est de constater que les experts ont pris en compte les constatations et les conclusions du médecin-traitant du recourant et des autres praticiens consultés, et qu'ils ont expliqué, à satisfaction de droit, les raisons pour lesquelles ils s'en sont démarqués. De plus, ils se sont clairement prononcés sur l'incidence des diagnostics retenus sur la capacité de travail du recourant. Au contraire, le Dr D_____ s'est montré moins précis, en jugeant la reprise d'une activité professionnelle compromise dans son rapport du 30 octobre 2012, avant de reconnaître, par la suite, une capacité de travail dans une activité adaptée à 50%,

A/9/2014 - 16/23 - sans véritable explication. Quant au Dr H_____, il ne s'est pas déterminé sur la capacité de travail du recourant. S'agissant des conclusions du stage auprès de la fondation PRO, les experts les ont également examinées. Néanmoins, ils ont dit ne pouvoir s'expliquer les limitations fonctionnelles retenues par les maîtres socio-professionnels. De plus, ils ont relevé des contradictions, notamment entre la qualité du travail et le rendement observés en début de stage et l'impossibilité du recourant à

poursuivre celui-ci. A cet égard, la chambre de céans remarque également qu'il ressort du rapport d'évaluation de la fondation PRO du 30 septembre 2014 que les différentes activités effectuées par l'assuré durant son stage nécessitaient des positions alternées, alors que l'ensemble des praticiens et des experts consultés ont recommandé une activité adaptée essentiellement en position assise. Quoi qu'il en soit, on rappellera que l'assurance-invalidité et l'assurance-chômage ne sont pas des branches d'assurance complémentaires (ATF 109 V 29 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 282/05 du 3 mars 2006 consid. 2.3). Ainsi, il se peut qu'une même atteinte à la santé conduise l'assurance-invalidité à reconnaître une pleine capacité de travail et que, de son côté, l'assurance-chômage nie l'aptitude au placement. En outre, les décisions de l'assurance-invalidité, respectivement de l'assurance-chômage n'ont aucun effet obligatoire pour l'autre assurance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_131/2010 du 6 octobre 2010 consid. 6). Il ressort de ce qui précède qu'aucun élément propre à remettre en cause les conclusions de l'expertise judiciaire rendue le 13 octobre 2015, concluantes et convaincantes, n'a été mis en exergue. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a retenu que le recourant avait recouvré une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée dès le 10 juillet 2013. c. Par ailleurs, les experts ont écarté l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, au vu du fait que l'assuré avait conservé une autonomie dans ses activités quotidiennes et de l'absence de symptômes de dépression, d'extension des douleurs à d'autres parties du corps et de points de fibromyalgie positifs. Le recourant fait grief aux experts de ne pas disposer des qualifications nécessaires pour prendre une telle conclusion. Certes, aucun des experts n'est spécialiste en psychiatrie. Toutefois, le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue. De plus, à teneur du dossier, aucune pathologie psychiatrique n'a été diagnostiquée à ce jour chez le recourant. Celui-ci ne s'est d'ailleurs jamais prévalu d'une telle atteinte auparavant. Or, il convient de rappeler que la reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants 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).

A/9/2014 - 17/23 - Cela étant, si une pathologie psychiatrique devait être diagnostiquée chez le recourant postérieurement à la décision litigieuse et devait avoir une incidence supplémentaire sur sa capacité de travail, il lui reviendrait de faire valoir cette atteinte par le biais d'une nouvelle demande auprès de l'intimé. Pour l'heure, une instruction complémentaire sur ce point ne se justifie pas dans le cadre de la présente procédure, de sorte qu'il convient de rejeter la demande du recourant de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. d. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, au degré de vraisemblance prépondérante et à l'instar de l'intimé, que le recourant, après avoir été dans l'incapacité totale de travailler à compter du 29 juillet 2012, a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du 10 juillet 2013. Il sied à présent de vérifier le calcul du degré d'invalidité du recourant.

E. 10

a. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. b. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), 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. 11

a. Concernant les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il convient d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus. Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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/9/2014 - 18/23 - décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). b. 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). c. Quant au revenu d'invalide, 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'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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). Le niveau 4 de qualification des ESS s'applique 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'elles seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3). 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.

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 ; 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).

A/9/2014 - 19/23 - d. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x% et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x + 1% (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

E. 12

En l'occurrence, compte tenu du fait que le recourant présente une incapacité de travail totale et durable dans toutes les activités depuis le 29 juillet 2012 et du dépôt de sa demande de prestations d'invalidité le 18 octobre 2012, son droit éventuel à une rente d'invalidité est né au plus tôt le 1er août 2013. A titre liminaire, il convient de confirmer le statut d'actif du recourant retenu par l'intimé, au vu du courrier de son employeur du 10 mars 2016, attestant d'un taux d'activité moyen de 98% avant l'atteinte à la santé. Ce statut n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant. a. Comme examiné précédemment, à compter du 10 juillet 2013, le recourant a disposé d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

S'agissant de la comparaison des revenus effectuée, la chambre de céans observe que c'est avec raison que l'intimé s'est référé au gain annuel perçu par le recourant en 2011, soit l'année précédant son incapacité de travail durable, pour déterminer son revenu sans invalidité. A cet égard, d'après le rapport transmis par l'employeur du recourant le 19 novembre 2012 et l'extrait du compte individuel de ce dernier, ce gain s'est bien élevé à CHF 55'391.-. Cela étant, adapté selon l'indice suisse des salaires nominaux (ISS en 2011 : 2171 et en 2013 : 2204), le revenu du recourant se serait élevé à CHF 56'233.- en 2013 ($55'391 \times 2204/2171$) et non à CHF 55'825.-. En effet, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé dans son calcul du 29 août 2013, l'indice à prendre en considération pour l'année de l'évaluation de l'invalidité est celui de 2013, et non de 2012. b. Concernant le revenu avec invalidité, dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité lucrative, l'intimé s'est basé à juste titre sur les ESS. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part du recourant dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est bien celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir CHF 4'901.- par mois et CHF 58'812.- par an ($4'901 \times 12$; ESS 2010, TA1, TOTAL). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2013 (41,7 heures ; Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale de travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 61'311.50 ($58'812 \times 41,7 : 40$) et à CHF 62'822.20, indexé à 2013 selon l'évolution des salaires en

A/9/2014 - 20/23 - termes nominaux (ISS en 2010 : 2151 et en 2013 : 2204 ; soit $61'311.50 \times 2204/2151$). L'intimé a ainsi retenu de manière erronée un montant de CHF 62'217.- en se

référant à une durée hebdomadaire de travail de 41,6 et en prenant pour année de référence l'année 2012. En outre, la prise en compte d'un abattement supplémentaire de 10% sur le salaire statistique n'est pas contestée et se justifie au vu des limitations fonctionnelles existantes. Le revenu d'invalidité à prendre en considération s'élève ainsi à CHF 56'540.- (62'822.20 – 6'282.20). Partant, en procédant à la comparaison des revenus, on observe que le salaire sans invalidité du recourant, de CHF 56'233.-, demeure quoi qu'il en soit inférieur au salaire statistique avec invalidité, de CHF 56'540.-, de sorte que l'intimé a retenu à juste titre un degré d'invalidité de 0%. Le recourant n'élève d'ailleurs aucun grief à l'encontre du calcul effectué. Partant, c'est à bon droit que l'intimé a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité.

E. 13

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

A/9/2014 - 21/23 - 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). Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1er LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un

droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010). b. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). c. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit : à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié et à un conseil suivi afin de conserver un emploi. Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4ème révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux arrêts du Tribunal fédéral I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les

A/9/2014 - 22/23 - références). Une telle mesure n'étant pas envisageable sans la pleine collaboration de l'assuré, qui doit entreprendre personnellement les démarches de recherche d'emplois étant donné son devoir de diminuer le dommage (cf. notamment ATF 123 V 230 consid. 3c et les références), la subordination d'un tel droit à une requête motivée est parfaitement fondée et correspond d'ailleurs à une pratique constante de tous les offices AI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4).

E. 14

En l'espèce, l'intimé a considéré que l'octroi de mesures professionnelles au recourant n'était pas indiqué. Le recourant conclut, pour sa part, à l'octroi de telles mesures, sans toutefois motiver davantage sa requête sur ce point. Comme examiné précédemment, une capacité de travail de 100% peut être attendue du recourant dans une activité adaptée. Dans ces conditions, son degré d'invalidité est de 0%, soit inférieur au 20% requis pour la mise en œuvre d'un reclassement professionnel. S'agissant des autres mesures d'ordre professionnel, la chambre de céans observe qu'il ressort du dossier que le recourant n'a pas donné suite à la proposition de formation de l'intimé du 26 novembre 2012, en vue d'une réorientation professionnelle. Par ailleurs, force est d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités adaptées aux limitations du recourant, dont l'exercice est exigible. Partant, le droit à une mesure d'orientation professionnelle ne sera pas reconnu. Pour le reste, le recourant n'ayant déposé aucune requête motivée pour obtenir une aide au placement, une telle mesure ne peut pas non plus lui être accordée en l'état. Il sera toutefois

rendu attentif au fait qu'il peut déposer une telle demande, s'il devait avoir besoin d'un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié.

E. 15

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a nié au recourant le droit à des prestations d'invalidité dans sa décision du 19 novembre 2013. Mal fondé, le recours doit être rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/9/2014 - 23/23 - 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.