

# **GE\_GERICHTE ATAS/330/2014 vom 24. März 2014**

GE Cour de justice, 2014-03-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_330\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_330_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/330/2014 du 24 mars 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/330/2014 del 24 marzo 2014

## **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; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

### **E. 4**

L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente, ainsi que sur son droit à des mesures d'orientation professionnelle.

### **E. 5**

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au

terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à

A/3526/2013 - 12/20 - 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

## **E. 6**

Conformément à l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité 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, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme 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 leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre 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 (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, il y a lieu d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2). Le but poursuivi par la mesure doit donc s'inscrire dans une certaine durée, et son succès doit être proportionné à son coût. Enfin, la mesure concrète doit être raisonnablement exigible de l'assuré (ATF 130 V 488 consid. 4.3.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2). En effet, une mesure de reclassement ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée. Les mesures ne seront donc pas allouées si elles semblent d'emblée vouées à l'échec (ATFA non publié I 170/06 du 16 février 2007, consid. 3.2 et 3.4).

A/3526/2013 - 13/20 -

## **E. 7**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité

A/3526/2013 - 14/20 - de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

## **E. 8**

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que

possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1; 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). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 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

A/3526/2013 - 15/20 - inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATFA non publié B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). c) S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidité, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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, 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 ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b ; ATFA non publié 9C\_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; ATFA non publié 9C\_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1). 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). 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).

## E. 9

Il y a lieu de déterminer si l'expertise du Dr AC\_\_\_\_\_ correspond aux critères dégagés par la jurisprudence. L'expert a pris connaissance du dossier complet du recourant, et a ensuite retracé son anamnèse personnelle ainsi que son historique médical. Il a relaté les plaintes du recourant avant de procéder à un examen clinique complet. S'agissant des diagnostics posés, ils sont clairs et correspondent d'ailleurs aux atteintes évoquées par les autres médecins. Quant aux conclusions, elles peuvent de prime abord paraître imprécises, voire contradictoires. En effet, le Dr AC\_\_\_\_\_ a fait d'état d'une capacité de travail n'atteignant pas encore 100 % en raison de la fatigabilité du recourant, avant d'indiquer qu'elle était entière depuis novembre 2010 en tout cas. Ces apparentes contradictions s'expliquent cependant par le fait que si la capacité de travail en soi est complète, on ne peut prendre en considération un taux d'activité complet en raison de la diminution de rendement du recourant. On ajoutera que les conclusions de l'expert sont motivées, puisqu'il expose les raisons qui l'amènent à retenir une capacité de travail complète en relevant les

A/3526/2013 - 16/20 - améliorations de l'état de santé du recourant. S'agissant du caractère adapté d'une activité de chauffeur au vu des limitations fonctionnelles, les conclusions de l'expert divergent de celles des Dresses T\_\_\_\_\_ et AE\_\_\_\_\_. Ce seul point ne suffit cependant pas à enlever toute valeur probante au rapport du Dr AC\_\_\_\_\_. En effet, même s'il fallait admettre que le recourant ne peut plus être employé en tant que chauffeur, le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères (ATF non publié 9C\_31/2010 du 28 septembre 2010, consid. 4.3), et un nombre significatif d'entre elles sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. Il n'existe au demeurant aucun rapport médical permettant de s'écarter du rapport de l'expert mandaté par l'OAI. En effet, l'incapacité de travail attestée par la Dresse AF\_\_\_\_\_ en septembre 2010 n'est nullement motivée. Tel est également le cas des certificats de la Dresse V\_\_\_\_\_ des 25 janvier 2011, du 18 avril 2012 et du Dr AD\_\_\_\_\_ du 18 février 2013. Quant au médecin-conseil du COPAI, son pronostic se fonde sur la perception du recourant et non sur des éléments médicaux objectifs. Le Dr U\_\_\_\_\_ ne se prononce d'ailleurs pas formellement sur la capacité de travail du recourant. Les limitations fonctionnelles qu'il retient, soit l'exclusion des positions statiques et des travaux de force, concordent de plus largement avec celles définies par l'expert. Le rapport du 31 mars 2011 des Drs AB\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ ne fait état d'aucun diagnostic qu'aurait ignoré le Dr AC\_\_\_\_\_. Ce dernier a en effet tenu compte des lombalgies et de la polyneuropathie dans les limitations fonctionnelles. Les atteintes rapportées par la Dresse AE\_\_\_\_\_ sont également connues et ont été prises en considération par l'expert. Celle-ci n'exclut d'ailleurs pas la reprise d'une activité adaptée. Enfin, contrairement à ce qu'affirme le recourant, le Dr AC\_\_\_\_\_ a bien tenu compte de l'atteinte hépatique puisqu'il a admis une réduction du rendement en raison de la fatigabilité qu'elle entraîne. Partant, le rapport du Dr AC\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante et il y a lieu de se rallier à ses conclusions, aux termes desquels la capacité de travail était nulle dès 2008 et se situe entre 70 % et 80 % depuis novembre 2010, compte tenu de la diminution de rendement. En particulier, on ne peut suivre la Dresse T\_\_\_\_\_ lorsqu'elle fixe le début de l'incapacité de travail à juillet 2008. Il faut en effet rappeler que

le Dr AC \_\_\_\_\_ a admis une incapacité de travail dès 2008. A défaut de précision sur le mois au cours duquel l'incapacité de travail totale a débuté, on ne peut comprendre cette conclusion autrement qu'au sens où l'incapacité de travail était nulle durant toute l'année, c'est-à-dire dès janvier. De plus, l'expert a indiqué que la capacité de travail a été en constante diminution avant la décompensation de l'atteinte hépatique. Or, le recourant a été hospitalisé au Service de gastroentérologie des HUG en mai 2008 en raison de cette affection. On doit donc considérer que l'atteinte était alors à son paroxysme et que la capacité de travail était déjà réduite à néant dans les quelques mois qui précèdent, soit dès le début de l'année, conformément aux indications de l'expert.

A/3526/2013 - 17/20 -

## **E. 10**

Eu égard à ce qui précède, le droit à la rente pouvait théoriquement naître dès janvier 2009, soit à l'expiration du délai de carence d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI. L'art. 29 al. 1 LAI prévoit toutefois que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. La demande du recourant étant intervenue en août 2008, le droit à la rente s'ouvre en février 2009. Dès le mois de novembre 2010, le recourant a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, conformément aux conclusions du Dr AC \_\_\_\_\_. Selon l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. C'est donc à juste titre que l'intimé a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité dès février 2011, soit trois mois après l'amélioration retenue. Il convient cependant de vérifier ce calcul. L'intimé a retenu à titre de revenu sans invalidité le revenu mensuel de 4'478 fr. 60 annoncé par l'employeur pour 1998, multiplié par 13 mensualités. On ne s'écartera pas du montant ainsi obtenu de 58'221 fr. 80 par an. Indexé à 2011, le revenu sans invalidité s'élève à 69'052 fr. 90. Le recours aux salaires statistiques pour définir le revenu d'invalidé est conforme à la jurisprudence citée. Selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires, le revenu moyen tiré d'activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2010 était pour les hommes de 4'901 fr. par mois pour 40 heures par semaine, part du 13ème salaire incluse (Tableau TA1, ligne Total), soit 58'812 fr. par an. Compte tenu de l'indexation jusqu'en 2011 et d'une durée de travail moyenne de 41.7 heures hebdomadaires en 2011 selon la statistique sur la durée normale du travail (DNT), le revenu d'invalidé était de 61'924 fr. 60 à temps complet. L'intimé a tenu compte d'une capacité de travail de 75 %, soit la moyenne de la baisse de rendement articulée par le Dr AC \_\_\_\_\_. On peut se demander s'il n'y aurait pas lieu de corriger cette moyenne en tenant compte du taux le plus bas articulé par l'expert, soit 70 %. Cette question peut cependant rester ouverte, dès lors qu'elle n'aurait pas d'incidence sur l'issue du litige pour les motifs suivants. L'OAI a procédé à un abattement de 10 % en raison de l'âge de l'assuré, alléguant qu'il n'existait pas d'autres facteurs réducteurs. Sur ce point, il convient de rappeler que l'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du

pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de A/3526/2013 - 18/20 - la loi sur la procédure administrative (LPA; RSG E 5 10), seul l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par la Cour de céans. Il y a notamment excès de pouvoir d'appréciation négatif lorsque l'autorité renonce à faire usage de son pouvoir d'appréciation (ATF 116 V 307 consid. 2). Il y a abus du pouvoir d'appréciation lorsque l'autorité, tout en restant dans les limites du pouvoir d'appréciation qui est le sien, se fonde sur des considérations qui manquent de pertinence et sont étrangères au but visé par les dispositions légales applicables, ou viole des principes généraux du droit tels que l'interdiction de l'arbitraire et de l'inégalité de traitement, le principe de la bonne foi et le principe de la proportionnalité. Commet un excès positif de son pouvoir d'appréciation, l'autorité qui exerce son appréciation alors que la loi l'exclut, ou qui, au lieu de choisir entre les deux solutions possibles, en adopte une troisième. Il y a également excès du pouvoir d'appréciation dans le cas où l'excès de pouvoir est négatif, soit lorsque l'autorité considère qu'elle est liée, alors que la loi l'autorise à statuer selon son appréciation, ou qu'elle renonce d'emblée en tout ou partie à exercer son pouvoir d'appréciation (ATF non publié 8C\_33/2012 du 26 juin 2012, consid. 2). En l'espèce, en n'admettant qu'une réduction de 10 % en raison de l'âge du recourant, l'intimé a insuffisamment tenu compte des autres limitations fonctionnelles et a commis sur ce point un excès négatif de son pouvoir d'appréciation. Il y a lieu de corriger l'abattement et de l'augmenter à 15 % afin de tenir compte de l'ensemble des facteurs influant sur le revenu. En effet, conformément à la jurisprudence citée, les limitations fonctionnelles présentées par un assuré justifient un abattement sur le salaire statistique. Le gain avec invalidité s'élève ainsi à 39'476 fr. 90 et la comparaison des revenus aboutit à un degré d'invalidité de 42.83 %, ce qui ouvre le droit à un quart de rente dès février 2011. Le même calcul opéré en tenant compte d'une capacité de travail de 70 % plutôt que de 75 % conduirait à un revenu d'invalidé de 36'845 fr. 15, soit un degré d'invalidité de 46.64 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une demi-rente.

## **E. 11**

Reste à examiner le droit à des mesures d'ordre professionnel. L'intimé a nié le droit à de telles prestations au motif qu'elles seraient vouées à l'échec. Il est vrai que bien que le recourant affirme ne pas être opposé à une réinsertion professionnelle, il n'a pas donné suite aux mesures professionnelles organisées, alors que selon les renseignements recueillis par la suite auprès des médecins, il ne présentait pas de nouvelle atteinte par rapport à l'expertise réalisée par le Dr AC\_\_\_\_\_. Contrairement à ce qu'il allègue, on ne trouve pas trace au dossier d'une communication des EPI à l'intimé, selon laquelle le stage ne serait pas adapté à ses limitations. Cependant, ces éléments ne suffisent pas à conclure à un manque de faculté subjective de reclassement du recourant, qui permettrait de considérer que les mesures d'ordre professionnel seraient vouées à l'échec. En effet, il y a lieu de rappeler que selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui

A/3526/2013 - 19/20 - peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Selon une

jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement 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 (ATF non publié 9C\_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2 ; ATFA non publié I 552/06 du 13 juin 2007, consid. 4.1). L'intimé n'ayant pas adressé la sommation légale au recourant, la cause devra lui être renvoyée pour qu'il y procède avant de statuer une nouvelle fois sur le droit aux mesures d'ordre professionnel en fonction de la suite que le recourant aura donnée à cette mise en demeure.

#### **E. 12**

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis au sens des considérants. Le recourant, qui n'est pas représenté, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa). La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité, l'intimé supportera l'émolument de 500 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3526/2013 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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