

GE_GERICHTE ATAS/625/2016 vom 16. August 2016

GE Cour de justice, 2016-08-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_625_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/625/2016 du 16 août 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/625/2016 del 16 agosto 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 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.

A/4195/2015 - 8/17 -

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel en raison de ses atteintes à la santé.

E. 5

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). 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

A/4195/2015 - 9/17 - améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). On rappellera encore qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. 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).

E. 6

a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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). b. 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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid.

4c in fine). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à

A/4195/2015 - 10/17 - profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

E. 7

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 du médecin 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 ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 consid. 3). 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). 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 de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

A/4195/2015 - 11/17 -

E. 8

a. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 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). 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. 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 134 V 322 consid. 4.1). c. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'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). 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). Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 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, A/4195/2015 - 12/17 - 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).

E. 9

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. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 p. 220 consid. 4a). c. Enfin, 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).

E. 10

mars 2015). Par ailleurs, si ce médecin est certes d'avis que l'activité habituelle ou toute autre activité de chantier n'est plus exigible de la part du recourant, elle ne conteste toutefois pas que la capacité de travail de son patient soit entière dans une activité adaptée depuis novembre 2013 (courrier de la Dresse D_____ à l'intimé du 18 novembre 2015). Enfin, on ajoutera que contrairement à ce que fait valoir le recourant, aucun médecin n'a retenu l'existence d'une incapacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée. Partant, il y a lieu de retenir que ce dernier présente, en raison de ses atteintes somatiques, une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis novembre 2013. c. Sur le plan psychique, mandaté par l'assureur perte de gain maladie, le Dr I_____ a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.32). La chambre de céans constate que ce rapport se base sur un examen du recourant et sur son dossier médical. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert a expliqué pour quelles raisons il retenait ce diagnostic, ses conclusions sont cohérentes, convaincantes et ne laissent pas apparaître de contradictions. Il s'ensuit que ce rapport a pleine valeur probante. Le Dr H_____ a certes estimé que le recourant présentait une symptomatologie anxieuse et dépressive moyenne à sévère entraînant une incapacité de travail totale (rapports des 5 janvier et 11 septembre 2015). Cela étant, force est de relever que ce médecin, dont l'appréciation émise en qualité de psychiatre traitant doit être abordée avec précaution, n'apporte pas de véritable motivation à ses conclusions. Qui plus est, et surtout, le Dr H_____ ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par l'expert et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause l'appréciation de ce dernier. Il s'ensuit que c'est à bon droit que l'intimé a retenu que le recourant présente, compte tenu de l'ensemble de ses atteintes, une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter de novembre 2013.

A/4195/2015 - 14/17 - Ainsi, la mise en œuvre d'une expertise médicale complémentaire, demandée par le recourant, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la demande du recourant doit être rejetée.

E. 11

a. Reste à déterminer le taux d'invalidité que présentait le recourant en 2013. b. En ce qui concerne le revenu sans invalidité, le questionnaire rempli le 19 novembre 2013 par l'employeur fait état d'un salaire horaire de CHF 28.20 en 2013, auquel s'ajoutent une indemnité vacances de 10.64% et un 13ème salaire de 8.33%. On relèvera que le fait que le salaire horaire n'inclut pas ces deux derniers éléments est par ailleurs corroboré par les divers décomptes fournis par l'employeur (pièces 9 chargé intimé). Le calcul effectué par l'intimé, lequel n'a pas pris en compte l'indemnité de vacances et le 13ème salaire, est par conséquent manifestement erroné. Un pourcentage de 10.64% du salaire correspond à 5 semaines de vacances sur une période d'une année (Rémi WYLER / Boris HEINZER, Droit du travail, 3ème éd. 2014, p. 400). A raison de 45 heures par semaine durant 47 semaines par année (après déduction des vacances), le salaire s'élève ainsi à CHF 59'643.- ($28.20 \times 45 \times 47$), auquel s'ajoute le salaire afférent aux vacances (CHF 6'346.- = $10.64\% \times 59'643$), soit CHF 65'989.- ($59'643 + 6'346$). Enfin, le 13ème salaire (CHF 5'497.- = $8.33\% \times 65'989$), porte le salaire sans invalidité en 2013 à CHF 71'486.-. Le recourant fait valoir que l'indemnité à titre de transport et repas doit être prise en compte dans le salaire sans invalidité. S'il résulte des fiches de salaires que le recourant a effectivement perçu une indemnité pour frais de déplacement, il n'en demeure pas moins que celle-ci ne peut être prise en considération, puisqu'il s'agit de frais accessoires au salaire à la charge de l'employeur et non soumis aux cotisations AVS (RCC 1986 p. 432; OFAS, Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, n. 3027). Enfin, on ne saurait majorer le salaire obtenu par l'augmentation salariale en 2014, comme l'invoque le recourant, dans la mesure où la comparaison des revenus se fait au regard de l'année 2013, soit l'année au cours de laquelle ce dernier est apte à la réadaptation. Compte tenu de ce qui précède, le salaire sans invalidité est de CHF 71'486.- et c'est dès lors à tort que l'intimé a retenu un salaire de CHF 65'988.-. c. S'agissant du salaire avec invalidité, dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité lucrative, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les données salariales ressortant des ESS. En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes travaillant dans les activités simples et légères, à

A/4195/2015 - 15/17 - savoir CHF 65'520.- par année ($5'210 \times 12$; ESS 2012, TA1_tirage_skill_level, total, niveau 1, hommes). 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 2012 (41,7 heures ; La Vie économique, 9- 2012, p. 94, B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 65'177.- ($65'520 \times 41.7 : 40$) et à CHF 65'654.- indexé à 2013 selon l'évolution des salaires pour les hommes en termes nominaux ($65'177 \times 2204 / 2188$; Office fédéral de la statistique, indice suisse des salaires, tableau T39). Par ailleurs, l'intimé a retenu qu'il y avait lieu d'effectuer un abattement supplémentaire sur le salaire statistique de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. À cet égard, la chambre de céans constate que le recourant ne peut exercer que des activités légères et qu'il compte plus de dix années de service auprès de son employeur. Or, ces critères, auxquels s'ajoute celui retenu par l'intimé,

diminue de manière déterminante les perspectives salariales du recourant, de sorte qu'une déduction de 15% apparaît plus appropriée. Compte tenu donc de l'abattement de 15%, le revenu d'invalidité sur la base statistique s'élève à CHF 55'806 (65'654 – 9'848), qui, une fois comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 71'486.- conduit à un taux d'invalidité de 21,9% ($71'486 - 55'806 / 71'486 \times 100$), doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur (ATF 130 V 121), soit 22%, ce qui ouvre, en principe, le droit à un reclassement. À cet égard, force est de constater que la décision litigieuse se contente de mentionner que le droit au reclassement n'est pas ouvert au vu du degré d'invalidité de 10%. Dans le cadre de la présente procédure, l'intimé fait valoir que le recourant peut exercer ces activités dans divers secteurs sans qu'il soit nécessaire de procéder à des mesures d'ordre professionnelles. La chambre de céans relèvera que quand bien même le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sa capacité de gain résiduelle n'atteint pas 80% de celle dont il jouissait auparavant en tant que personne valide. Compte tenu de l'importance de cette perte de gain, susceptible de se prolonger pendant près de trente ans encore, on ne saurait exiger de lui qu'il la compense de sa propre initiative et sans l'intervention de l'assurance-invalidité. Cela étant, dans la mesure où l'instruction du dossier n'a pas porté sur la question d'une mesure de réadaptation, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il instruisse les conditions objectives et subjectives d'une telle mesure et qu'il rende une nouvelle décision.

E. 12

Le recours sera donc partiellement admis et la décision litigieuse annulée en tant qu'elle nie le droit à un reclassement et confirmée pour le surplus. La cause sera renvoyée pour instruction sur les mesures de réadaptation et nouvelle décision.

A/4195/2015 - 16/17 -

E. 13

Le recourant, représenté par un conseil et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

E. 14

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

A/4195/2015 - 17/17 - 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.