

GE_GERICHTE ATAS/822/2015 vom 2. November 2015

GE Cour de justice, 2015-11-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_822_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/822/2015 du 2 novembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/822/2015 del 2 novembre 2015

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.

E. 2

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).

A/2118/2015 - 12/28 -

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 la question de savoir si le recourant, à raison de son état de santé, qui s'est considérablement détérioré dès fin juillet 2013, a droit à $\frac{3}{4}$ de rente d'invalidité dès le mois de septembre 2014, respectivement à une rente d'invalidité entière pour septembre et octobre 2014, réduite à $\frac{3}{4}$ de rente dès novembre 2014, ainsi qu'à des mesures professionnelles, ou si au contraire c'est à juste titre que l'office intimé a nié le droit du recourant à toutes prestations.

E. 4.1

et la référence).

E. 5

En premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu. Il reproche à l'intimé de n'avoir pas suffisamment motivé sa décision. La contestation d'une décision suppose que celle-ci comporte une motivation prenant en compte tous les éléments déterminants. Ce devoir de motivation est déduit du droit d'être entendu fixé à l'art. 29 al. 2

Cst. : la jurisprudence impose à l'autorité de motiver sa décision, afin que celle-ci puisse être comprise et contestée utilement s'il y a lieu. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 134 I 83 consid. 4.1 p. 88, 133 III 439 consid. 3.3 p. 445). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté (arrêt 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, in RDAF 2009 II p. 434). En l'occurrence, l'intimé explique dans la décision entreprise quelles ont été les bases du calcul du degré d'invalidité et indique se fonder sur l'avis de son SMR. Le recourant prétend toutefois que l'avis du SMR serait lui-même insuffisamment motivé, s'écartant des constatations de tous les médecins l'ayant examiné. En matière d'assurances sociales, comme le relève l'intimé, on ne saurait fixer des exigences trop élevées en ce qui concerne la motivation des décisions, vu le nombre important que les autorités compétentes sont appelées à rendre. La motivation peut donc se limiter à l'essentiel, mais doit rester compréhensible pour les administrés. Le rapport médical du SMR ne constitue pas un examen médical sur la personne de l'assuré mais un rapport destiné à conseiller les organes de l'OAI. Ce type de documents a de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens des dispositions légales pertinentes. Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales et porte une appréciation sur celles déjà existantes. Il a 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 sur l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. Le fait que le médecin du SMR qui s'est prononcé soit spécialisé en pédiatrie est irrelevante, la jurisprudence ayant admis à de nombreuses reprises qu'un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en mesure d'émettre un avis sur un rapport médical. Dans le cas d'espèce, d'ailleurs, ainsi que l'intimé l'a relevé, les avis médicaux respectifs du SMR et des médecins traitants concordent sur le diagnostic

A/2118/2015 - 13/28 - et sur les limitations fonctionnelles, ils ne divergent que sur la question de l'évaluation de la capacité de travail. Contrairement à ce que laisse entendre le recourant, les avis exprimés sur cette dernière question par ses médecins traitants ne sont de loin pas aussi clairs et concordants qu'il ne le prétend, comme on verra pendant l'examen du second grief formulé par le recourant. Bien que succinct, l'avis du SMR se comprend parfaitement, à teneur du dossier, d'autant qu'il a pris en compte tous les avis médicaux recueillis par l'intimé. De surcroît, avant de rendre sa décision formelle, l'intimé a soumis au responsable de groupe de réadaptation professionnelle les objections que le recourant formulait à l'encontre du projet de décision. L'opinion émise par le spécialiste de la réadaptation conforte d'ailleurs les conclusions du SMR, en ce qu'il reconnaît au recourant une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles : le spécialiste en réadaptation cite en effet, à titre d'activités compatibles avec les limitations fonctionnelles retenues, des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle dans le secteur industriel léger. La décision entreprise est donc suffisamment motivée. On en veut pour preuve que l'assuré a pu la contester utilement devant la Cour de céans. Ce grief de violation du droit d'être entendu se confond d'ailleurs avec la seconde critique formulée à l'encontre de la décision entreprise, selon laquelle l'intimé aurait mal établi les faits en retenant que la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle, mais complète dans une activité adaptée. Ce grief sera évoqué plus bas. Au demeurant, et pour conclure sur ce point, selon la jurisprudence, la violation du droit d'être

entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est quoi qu'il en soit réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen, ce qui est le cas de la Cour de céans. Qui plus est, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 consid. 2b et les références). Le premier grief du recourant n'est donc pas fondé.

E. 6

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).

E. 7

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

A/2118/2015 - 14/28 - demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 8

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

l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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.

E. 9

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

A/2118/2015 - 15/28 - 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 LPG) 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 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).

E. 10

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. 11

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).

E. 12

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations

supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il

A/2118/2015 - 16/28 - s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 13

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. 14

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. 15

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).

E. 16

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 décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

E. 17

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun

A/2118/2015 - 17/28 - renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

E. 18

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).

E. 19

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature

à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

E. 20

S'agissant des activités compatibles avec les limitations de l'assuré, le Tribunal fédéral a jugé qu'il convient d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre

A/2118/2015 - 18/28 - significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Dans le cas d'espèce, l'intimée en a donné quelques exemples, notamment des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle dans le secteur industriel léger.

E. 21

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

E. 22

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid.

E. 23

D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233

consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGGA).

E. 24

Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient

A/2118/2015 - 19/28 - 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).

E. 25

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 LPGGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références).

E. 26

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).

E. 27

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).

A/2118/2015 - 20/28 -

E. 28

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). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

E. 29

L'art. 18 al. 1 première phrase LAI, dans sa teneur selon la novelle du 21 mars 2003 ([4ème révision de l'AI], en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007), disposait que les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la novelle du 6 octobre 2006 [5ème révision de l'AI], en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit: a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi.

E. 30

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 4e 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 références). Si la révision législative en question avait certes pour but d'obliger les autorités administratives à entreprendre, d'office, plus de démarches dans le domaine de la réadaptation, notamment en relation avec l'art. 18 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), cette obligation ne laisse cependant rien présager de la forme que doit revêtir l'aide au placement. Une telle mesure n'étant pas envisageable sans la pleine

collaboration de l'assuré, qui doit

A/2118/2015 - 21/28 - 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. 31

décembre 2003, l'admission du droit au service de placement est subordonnée aux conditions générales du droit aux prestations de l'assurance-invalidité; elle dépend notamment de l'existence d'une invalidité spécifique par rapport aux prestations entrant en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 523/04 du 19 août 2005 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a ainsi considéré que cette condition était remplie, pourvu que l'assuré rencontre, dans la recherche d'un emploi, des difficultés même légères en raison de son état de santé (ATF 116 V 80 consid. 6a; VSI 2000 p. 72 consid. 1a). Dès lors, il existe une invalidité déterminante pour le service de placement si, pour des raisons de santé, l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié (ATF 116 V 80 consid. 6a). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (VSI 2003 p. 274 ss consid. 2c). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, in VSI 2003 p. 274) principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurerait valable également après l'entrée en vigueur de la 4ème et de la 5ème révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 5.2). Au regard de l'art. 18 al. 1 LAI, dont le texte et le sens sont absolument clairs, la mesure d'aide au placement ne permet pas de prévoir une courte période d'observation professionnelle et d'entraînement au travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 4.1 et 4.2).

E. 32

A droit en outre au service de placement au sens de l'art. 18 al.1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail, telles que des aides visuelles, ou vis-à-vis de l'employeur (par exemple tolérance de pauses de repos nécessitées par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi (arrêt du Tribunal fédéral I 510/04 du 19 août 2005 consid. 3.1). Il n'y a en revanche pas d'invalidité au sens de l'art. 18 al. 1 LAI (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une

A/2118/2015 - 22/28 - capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, par exemple pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de

travail nécessités par son invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 595/02 du 13 février 2003 consid. 1.2). Par ailleurs, les problèmes étrangers à l'invalidité, tels que le fait de ne pas savoir parler une des langues nationales, ne sont pas pris en considération lors de l'examen du droit à l'aide au placement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c).

E. 33

Les arrêts précités ont certes été rendus sous l'empire de l'ancien droit, dans lequel l'art. 18 LAI avait une teneur différente. Il y a cependant lieu de rappeler que la 4ème révision de l'AI, entrée en vigueur le 1er janvier 2004, a étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 54/05 du 22 septembre 2004 consid. 6.2). La modification de l'art. 18 al. 1 LAI lors de la 5ème révision de la loi a également eu pour but d'élargir le droit au placement (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5ème révision de l'AI], FF 2005 4279). Il n'y a dès lors pas lieu selon le droit actuellement en vigueur de donner une interprétation plus restrictive aux principes régissant le droit à l'aide au placement, nonobstant les différences dans la lettre de la loi. Le Tribunal fédéral a au demeurant confirmé que le principe en vertu duquel le droit au placement est ouvert lorsque les difficultés à trouver un emploi résultent du handicap lui-même reste valable après l'entrée en vigueur de la 5ème révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 5.2).

E. 34

a) En l'espèce, le recourant reproche à l'intimé d'avoir mal établi les faits en retenant que la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle, mais complète dans une activité adaptée. S'agissant tout d'abord de l'avis respectif des médecins traitants quant à la capacité de travail du recourant, on rappellera que le Dr F_____, oncologue, a indiqué, le 9 décembre 2014, que l'état de santé était stationnaire depuis septembre 2014, et qu'il n'y avait pas de changement de diagnostic ; quant à l'évolution du statut, le patient était en rémission complète de la maladie tumorale. Les limitations fonctionnelles observées étaient : fatigue, douleurs thoraciques postopératoires empêchant de porter des poids importants. Pour lui, la capacité de travail était de 0 % en tant que maçon et de 50 % dans une autre activité adaptée telle que la conciergerie ou le nettoyage. Il ne savait pas si un examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Quant à, la Dresse C_____ elle estimait, le 30 octobre 2014 que l'état de santé s'était amélioré. On pouvait constater une lente amélioration de l'état général depuis le printemps 2014. Son dernier examen remontait au 24 octobre 2014. Elle observait des limitations fonctionnelles : vu les douleurs thoraciques liées à

A/2118/2015 - 23/28 - l'intervention chirurgicale, le patient ne pouvait pas se pencher en avant. Quant à la capacité de travail, elle ne s'était pas exprimée par rapport au poste de travail occupé en dernier lieu, mais elle envisageait, sans en chiffrer le pourcentage, une autre activité adaptée où l'assuré ne devrait pas trop bouger le thorax. La perspective d'un retour au travail n'était pas possible actuellement, et tout dépendait de l'évolution sur le plan oncologique. Un examen médical complémentaire n'était pas nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Dans le cadre de l'instruction des objections de l'assuré au projet de décision de l'OAI, notamment en réponse à la demande de l'office de produire des documents médicaux pertinents, ce médecin traitant, a

fourni un certain nombre de renseignements actualisés en date du 24 mars 2015. Les limitations fonctionnelles sont toujours les mêmes. Selon elle le patient ne peut pas se pencher en avant, soulever les bras ou porter des charges supérieures à 5 kg Concrètement, la Dresse C _____ considère qu'en raison des douleurs de l'hémithorax droit, et les limitations fonctionnelles décrites, son patient peut travailler dans une activité adaptée, par exemple le nettoyage de bureaux, à raison de 50 % (environ 4 heures/jour), cette capacité pouvant être réévaluée ultérieurement. Elle semble toutefois avoir perdu de vue que le nettoyage était précisément le domaine d'activité exercée par l'assuré avant l'atteinte à la santé. A ce stade, force est de constater que l'oncologue et l'interniste n'ont déjà pas la même conception de l'activité habituelle du recourant et du domaine dans lequel il pourrait exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles : pour le Dr F _____, l'activité habituelle est celle de maçon. Dans ce domaine de la capacité de travail de son patient et de 0 %. Il estime la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, soit pour lui dans la conciergerie ou le nettoyage. Pour la Dresse C _____, le domaine d'activité adaptée serait par exemple celui du nettoyage de bureaux, ce qui correspond à l'activité habituelle, soit celle exercée par l'assuré avant l'atteinte à la santé. Du reste, le recourant rappelle lui-même, dans l'un des griefs qu'il formule à l'encontre de la décision entreprise, s'agissant précisément de la dernière activité exercée, qu'elle l'a été dans le domaine du nettoyage, en 2010, pendant neuf mois, et que c'est cette activité qui devait être prise en compte, non pas comme l'avait fait l'intimé, celle d'exploitant de café-restaurant, en 2006. Or, le SMR a considéré, le 14 janvier 2015, que la capacité de travail exigible, était de 0 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée, dès le 9 décembre 2014. Dans le projet de décision, le SMR avait reconnu une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de nettoyeur et une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Or le 2 avril 2015, après avoir pris connaissance du rapport du médecin traitant, de février 2015, consécutif à l'opposition de l'assuré au projet de décision, le docteur H _____, médecin SMR, reprenant les éléments médicaux ressortant du dossier, a émis l'avis suivant : le parcours de l'assuré ces dernières années était celui de nettoyeur, pas de maçon. Nous sommes d'accord que comme nettoyeur, dans

A/2118/2015 - 24/28 - l'activité habituelle, la capacité de travail est de 50 %, toutefois nous maintenons notre avis du 14 janvier 2015 où nous évaluons, dans une activité plus légère que celle de nettoyage, une capacité pleine. On rappelle à cet égard ce qu'il faut par exemple comprendre à ce titre : des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle dans le secteur industriel léger. Il résulte donc de ce qui précède que l'on ne peut que constater que tant l'intimé que son service médical ont émis des avis cohérents, ne s'écartant en définitive pas du tout des avis médicaux des médecins traitants, reconnaissant en particulier les limitations fonctionnelles retenues par ces derniers, corroborant d'ailleurs le dernier avis de la Dresse -C _____, en retenant le taux de 50 % de capacité de travail dans l'activité de nettoyage, avec cette nuance toutefois que cette dernière était précisément la dernière activité habituelle de l'intéressé, avant l'atteinte à la santé, et non pas une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il n'y a donc pas matière à critique de reconnaître une pleine capacité de travail dans des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle dans le secteur industriel léger, qui sont précisément des activités plus légères que le nettoyage, et c'est précisément ce que retient l'intimé. En conséquence, ce grief mal fondé sera écarté. b) dans un autre grief, le recourant reproche à l'intimé d'avoir violé le droit dans la manière de déterminer sa perte de gain et son droit à une rente d'invalidité. Il reproche en effet à l'intimé d'avoir, d'un côté, considéré que l'activité professionnelle du recourant avant

l'atteinte à la santé était celle de nettoyeur, mais d'avoir toutefois retenu comme salaire annuel déterminant le salaire de 2006, époque où le recourant était gérant d'un café. La chambre de céans constate que, conformément aux principes qui doivent guider l'OAI pour la détermination du revenu avant l'atteinte à la santé, ce dernier a pris en compte la dernière année au cours de laquelle l'assuré exerçait une activité lucrative régulière. C'est toutefois à juste titre que le recourant a relevé que pendant cette année-là, il n'exerçait pas dans le domaine du nettoyage, mais comme exploitant d'un café restaurant. On ne saurait ainsi prendre comme référence les revenus tirés de cette activité-là, d'autant que dans l'intervalle l'assuré avait cessé cette activité, l'établissement ayant fait faillite. L'intimé a admis s'être trompé, et il a ainsi refait ses calculs dont le résultat a été présenté dans le cadre de la réponse au recours. Le service de la réadaptation a procédé, en date du 2 juillet 2015, à une nouvelle comparaison des revenus. Il a modifié les montants à prendre en considération s'agissant du salaire sans invalidité, en se fondant sur les salaires statistiques dans le secteur du nettoyage, activité que le recourant aurait, selon toute vraisemblance, continué à exercer sans atteinte à la santé. L'intimé précise qu'au vu des revenus inconstants et variables indiqués par les CI, il convient de déterminer un revenu sans invalidité basée sur les ESS. La nouvelle comparaison des revenus, aboutissant à un degré d'invalidité de 4.5 %, ne prête pas à la critique.

A/2118/2015 - 25/28 - Le recourant prétend qu'ayant travaillé comme nettoyeur en 2010, durant neuf mois et ayant perçu à ce titre salaire de CHF 46'025.- selon les décomptes de la caisse cantonale genevoise de compensation, et en excluant les prestations reçues à un autre titre durant les trois autres mois. En annualisant ce salaire sur douze mois, on obtiendrait un salaire annuel de CHF 61'367.-. C'est selon lui ce montant, indexé en 2014, déterminant un salaire annuel de CHF 63'408.- qui devrait être pris pour base de son revenu sans invalidité. Ce raisonnement ne tient pas. En effet, il est constant que le recourant n'a été atteint dans sa santé que dès fin juillet 2013. Or, dans les années et dans les mois qui ont précédé l'atteinte à la santé, lorsqu'il travaillait, il exerçait une activité essentiellement dans le domaine du nettoyage, mais de façon irrégulière, ayant notamment émargé à l'Hospice général, dès le 1er octobre 2012, son dernier emploi s'inscrivant dans le cadre d'un remplacement en juillet et août 2012. En novembre 2012, il avait suivi un stage aux EPI, et dès le 1er juillet 2013 il bénéficiait d'une MMT passerelle + STARE, cette dernière mesure jusqu'à ce qu'elle soit interrompue en raison des problèmes de santé diagnostiqués à fin juillet. Il ressort ainsi de l'extrait du compte individuel de la caisse cantonale de compensation que ses revenus de 2010 à 2012 ont été inconstants et variables, comme l'a relevé l'intimé, de sorte que c'est à juste titre que l'office a dû, pour l'établissement du revenu sans invalidité, se fonder sur les salaires statistiques dans le secteur du nettoyage. Au final toutefois, les nouveaux calculs de l'intimé aboutissant à un degré d'invalidité de 4.5 %, - au lieu de 0 % dans la décision entreprise - . Le résultat ne diffère donc pas de la décision entreprise, en particulier dans ses conséquences, un tel degré d'invalidité ne donnant évidemment pas droit à une rente, étant largement inférieur à 40 %. Il est encore rappelé que pour aboutir à ce taux de 4.5 % d'invalidité, l'office a tenu compte d'un abattement supplémentaire de 15 %, tenant compte de l'âge de l'assuré, d'une part, et des limitations fonctionnelles d'autre part. Ce que le recourant critique : l'office aurait, selon lui, dû retenir un taux d'abattement de 25 % (taux maximum), en retenant en plus comme critères de réduction le fait que le recourant ne maîtriserait que mal la langue française, et ne dispose d'aucune formation hormis dans les domaines dans lesquels il a exercé, essentiellement manuels, comme maçon, nettoyeur ou gérant d'un café. Or, il est constant que la connaissance de la langue n'est pas reconnue

comme critère déterminant par la jurisprudence. Quant au prétendu défaut de formation, indépendamment du fait que l'argument paraît à tout le moins discutable par rapport aux activités de l'intéressé comme gérant d'un café-restaurant, - qui suppose un minimum de connaissances autres que de simples capacités manuelles -, les domaines dans lesquels le recourant peut retrouver un emploi à plein temps, tenant compte des limitations retenues, ne requièrent aucune formation particulière. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a retenu un abattement de 15 %, qui ne prêle pas flanc à la critique.

A/2118/2015 - 26/28 - c) Le recourant prétend encore avoir droit à des mesures d'ordre professionnel. Au vu de ce qui précède, et selon les dispositions légales et principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus, les conditions requises pour l'octroi de ces mesures ne sont manifestement pas réalisées dans le cas d'espèce. Il est ainsi rappelé que le droit aux mesures de réadaptation est donné pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain de l'assuré et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (art. 8 al. 1 LAI). Il faut relever également que le droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession est en principe donné si la perte de gain est d'environ 20 %, ces deux premiers principes n'étant manifestement pas réalisés dans le cas d'espèce, au vu de la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, soit des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle dans le secteur industriel léger, tout type d'activité ne requérant aucune formation professionnelle préalable ni qualification particulière. Quant aux autres mesures d'ordre professionnel, comme l'orientation professionnelle ou l'aide au placement, elles ne sont pas données non plus, dès lors que leur octroi est subordonné au fait que le but de la mesure ne peut être atteint en raison de l'invalidité de l'assuré : ainsi pour une mesure d'orientation professionnelle, c'est l'invalidité de l'intéressé qui doit rendre difficile le choix d'une profession ; de même, 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. Dans le cas d'espèce, le recourant s'est borné à alléguer qu'invalidé à 100 % dans une activité de maçon et à 50 % dans une activité adaptée, il doit valoriser sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée qu'il n'a jamais réalisée et pour laquelle il n'a ni formation ni compétence. Or, comme on l'a vu, les prémices du raisonnement sont erronées, dès lors qu'il faut admettre que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, et qu'ensuite, le type d'activités qui lui sont ainsi ouvertes, sont des activités simples, ne nécessitant aucune formation ni compétence particulière, que l'intéressé est manifestement en mesure de trouver par lui-même, ses limitations fonctionnelles n'étant pas de nature à entraver ses démarches, d'autant qu'il ne souffre d'aucun problème psychique. Mal fondé, ce grief doit également être rejeté.

E. 35

Dans sa réplique, le recourant a encore formulé des observations et conclusions supplémentaires : l'intimé a, de manière erronée, retenu que le délai d'attente d'un an avait débuté en novembre 2013, alors que le recourant se trouve en incapacité totale de travail depuis fin juillet 2013. Dans la mesure, où par ailleurs, la demande de prestations d'invalidité avait été déposée le 20 mars 2014, le délai de carence de six mois donnait droit aux prestations d'invalidité dès septembre 2014, et non pas dès novembre de la même année, comme retenu par l'intimé. Dans la mesure où l'OAI considère que la pleine capacité de travail dans une activité adaptée prenait

A/2118/2015 - 27/28 - naissance en novembre 2014, il concluait donc à l'octroi d'une rente entière pour les mois de septembre et octobre 2014. Quant à la computation des délais, soit la détermination de l'échéance du délai d'attente, respectivement de l'échéance de la période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI), la remarque du recourant est pertinente. Elle n'a toutefois pas d'incidence concrète sur son droit éventuel à une rente, et qui plus est entière, pour la période de septembre et octobre 2014. La chambre de céans observe à cet égard que le Dr F_____, oncologue traitant, a constaté, dans son certificat médical du 9 décembre 2014, que l'état de santé du patient était stationnaire depuis septembre 2014, qu'il n'y avait pas de changement de diagnostic et, quant à l'évolution de son statut, le patient était en rémission complète de la maladie tumorale. Subsistaient en revanche les limitations fonctionnelles décrites, de même nature que celles que notait la Dresse C_____ dans son rapport du 30 octobre 2014. La chambre de céans considère dès lors, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il ressort ainsi du dossier que l'état de santé du recourant, ayant conduit l'intimé à reconnaître une capacité de travail entière dans une activité adaptée, et à refuser toute rente d'invalidité, existait déjà dès septembre 2014. Le recourant n'est donc pas fondé à prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité, pour la période de septembre et octobre 2014. Il n'y a pas non plus lieu de procéder à des mesures d'investigations complémentaires sur ce point.

E. 36

Au vu de ce qui précède, le recours sera 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/2118/2015 - 28/28 - 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.