

GE_GERICHTE ATAS/856/2014 vom 9. Juli 2014

GE Cour de justice, 2014-07-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_856_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/856/2014 du 9 juillet 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/856/2014 del 9 luglio 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; RS 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.

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles

A/1773/2013 - 11/21 - transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2011. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, puis dès le 1er janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 5

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

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). 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; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 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. 7

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28

A/1773/2013 - 12/21 - al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, 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. En d'autres termes, l'assuré n'a droit à l'intégralité des prestations que s'il a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. S'il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2012 du 31 août 2012, consid. 3.3 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2187ss).

E. 8

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). 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). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de

A/1773/2013 - 13/21 - l'évaluation de l'invalidité (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). Un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail estimée par le médecin peut également être admise lors d'une incapacité de travail totale de l'assuré (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 45/06 du 5 mars 2007 consid. 4.2.2). 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).

A/1773/2013 - 14/21 -

E. 9

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). 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 LPG), 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 125 V 351 consid. 3). b) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG- Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). c) 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

A/1773/2013 - 15/21 - 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. 10

Afin de se prononcer sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité, il convient tout d'abord de déterminer sa capacité de travail. Selon le Dr D_____, le recourant a été en incapacité totale de travail dès le 14 janvier 2011, puis à 50% du 7 février au 6 mars 2011, date après laquelle il a recouvré une capacité de travail totale. Depuis le 16 avril 2011, il a été à nouveau totalement incapable de travailler dans son activité habituelle ; toutefois, sa capacité de travail était totale dans une profession et un lieu différents (cf. rapport du 16 mai 2012). La Dresse E_____ a retenu que le recourant présentait une capacité de travail nulle du 16 avril 2011 au 31 mai 2012, puis entière dans une autre profession que sa profession habituelle (celle-ci étant devenue dangereuse pour son équilibre psychologique), à l'exclusion des domaines de la vente et de la logistique (cf. rapports des 10 juillet 2012, 19 mars et 27 novembre 2013). Pour sa part, le SMR a retenu une capacité de travail nulle du 16 avril 2011 au 31 mai 2012, puis complète dès le 1er juin 2012 dans l'activité habituelle, laquelle était également adaptée (rapports des 15 novembre 2012 et 9 décembre 2013). Au vu des conclusions essentiellement convergentes des différents médecins, la chambre de céans retiendra que le recourant a été totalement incapable de travailler de manière durable du 16 avril 2011 au 31 mai 2012, puis qu'il a retrouvé une pleine capacité de travail dès le 1er juin 2012. En effet, dès lors que le recourant a récupéré une capacité de travail totale pendant trente jours consécutifs au moins, soit du 7 mars 2011 au 15 avril 2011, il y a interruption notable de l'incapacité de travail (cf. art. 29 ter RAI). Bien qu'une légère divergence existe quant au type d'activité exigible dès le 1er juin 2012 (activité habituelle selon le SMR ; une autre activité selon les médecins du recourant), cette question peut rester ouverte dans la mesure où elle n'a pas d'incidence sur l'issue du litige, le degré d'invalidité du recourant étant en tout état de cause insuffisant pour lui donner droit à une rente d'invalidité et à des mesures de reclassement, comme on le verra ci-dessous. Vu ce qui précède, il s'avère superflu d'ordonner une expertise, par appréciation anticipée des preuves. On soulignera à cet égard que ce n'est que lorsqu'il n'est pas possible de prendre une décision uniquement sur la base des renseignements de l'assuré ou de tiers que la mise en œuvre d'autres moyens de preuve s'impose (Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse, Fribourg 1999, p. 124). Tel n'est pas le cas en l'espèce, les rapports médicaux permettant de statuer sur le degré d'invalidité du recourant.

E. 11

a) Dans l'hypothèse la plus favorable au recourant, en admettant qu'il ait présenté une capacité de travail nulle du 16 avril 2011 au 31 mai 2012 dans toute activité, puis entière dès le 1er juin 2012 dans une profession autre que son activité habituelle, en-dehors des domaines de la vente et de la logistique conformément

A/1773/2013 - 16/21 - aux conclusions de la Dresse E_____, le calcul de son degré d'invalidité se présenterait comme suit. b) La comparaison des revenus doit être effectuée au moment du changement important de la capacité de travail ayant une incidence sur la capacité de gain (Arrêt du Tribunal fédéral I 95/07 du 15 février 2008, consid. 5) puis de la naissance du droit à la rente. En l'occurrence, le changement important de la capacité de travail est intervenu en juin 2012 et le droit éventuel à la rente est né en septembre 2012,

dès lors que la demande de prestation a été déposée en mars 2012. Il convient ainsi de se placer en 2012 pour procéder à la comparaison des revenus. c) Pour la période du 16 avril 2011 au 31 mai 2012, le recourant a été totalement incapable de travailler dans toute activité. Dans un tel cas de figure, le degré d'invalidité se confond exceptionnellement avec celui de l'incapacité de travail (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 45/06 du 5 mars 2007 consid. 4.2.2). Par conséquent, le recourant a présenté un degré d'invalidité de 100% durant la période précitée. d) Dès le 1er juin 2012, selon la Dresse E_____, ce dernier avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une profession autre que son activité habituelle. À partir de cette date, une comparaison des revenus doit être effectuée, le degré d'invalidité ne se confondant plus avec l'incapacité de travail. Le revenu sans invalidité doit être déterminé sur la base des déclarations du dernier employeur du recourant. Celui-ci a déclaré que sans atteinte à la santé, il aurait perçu un revenu annuel de CHF 71'742.– en 2012. Ce montant apparaît cohérent en comparaison des revenus déclarés jusqu'en 2010 selon l'extrait de compte individuel AVS et sera ainsi retenu à titre de revenu sans invalidité. En ce qui concerne le revenu d'invalidité, il convient de se fonder sur les salaires résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après l'ESS), le recourant n'ayant pas repris son activité lucrative depuis le mois d'avril 2011. Pour calculer le revenu d'invalidité en 2012, il convient de retenir le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive (tableau TA1, niveau de qualification 4, ligne total, homme, part au 13ème salaire comprise) selon l'ESS 2010, qui s'élève à CHF 4'901.–. Ce salaire hypothétique, calculé sur la base d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2012, lequel est de 41.7 heures (cf. Tableau « durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office fédéral de la statistique) et à l'indice suisse des salaires nominaux (ISS ; en 2010 : 2'151 et en 2012 : 2'188). On obtient ainsi pour l'année 2012 un revenu annuel brut de CHF 62'366.–. De plus, il n'y a pas lieu de tenir compte d'un abattement sur ce montant, les critères prévus par la jurisprudence n'étant pas réalisés. Dès le 1er juin 2012, dans l'hypothèse la plus favorable au recourant, son degré d'invalidité s'élèverait ainsi à 13,07 % ($100 \times (71'742 - 62'366) / 71'742$).

A/1773/2013 - 17/21 - e) Vu ce qui précède, le degré d'invalidité s'est élevé à 100% du 16 avril 2011 au 31 mai 2012, puis à 13,07% dès le 1er juin 2012. À l'issue du délai de carence d'un an au 16 avril 2012, le recourant présentait donc une incapacité de travail et de gain totale, qui lui ouvrait théoriquement le droit à une rente d'invalidité jusqu'au 31 août 2012, la rente étant supprimée le 1er septembre 2012, trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain (art. 28 LAI, 88a al. 1 RAI). Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, son droit à la rente ne pouvait toutefois naître avant le 1er septembre 2012, soit à l'échéance d'un délai de six mois dès le dépôt de sa demande de prestations. En application de cette disposition, et dans la mesure où il n'a déposé sa demande que le 7 mars 2012, le recourant a donc perdu son droit à la rente pour les mois d'avril à août 2012 (Michel VALTERIO, op. cit., n° 2190). Partant, c'est à juste titre que l'intimée a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité.

E. 12

Il convient à présent de se prononcer sur son droit à d'éventuelles mesures d'ordre professionnel. a) Selon l'art.17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). La rééducation dans

la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que

A/1773/2013 - 18/21 - le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références), mais elle n'a jamais fait mention d'une telle condition s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). b) En l'espèce, force est de constater que le recourant ne peut prétendre à une mesure de reclassement, dès lors qu'il présente, depuis le 1er juin 2012, un degré d'invalidité inférieur au seuil de 20% fixé par la jurisprudence. Il reste à examiner si ce dernier a droit à une mesure d'orientation professionnelle ou d'aide au placement. c) 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. 16 ss 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). Dans un arrêt non publié du 10 février 2011, le Tribunal fédéral a considéré que c'était à juste titre que l'OAI avait refusé de mettre un assuré, qui n'était plus en mesure d'exercer ses activités antérieures en raison de problèmes au dos, au bénéfice d'une orientation professionnelle. Notre Haute Cour a en effet considéré

A/1773/2013 - 19/21 - que compte tenu du caractère relativement anodin de l'atteinte à la santé, les propositions formulées par le service de réadaptation de l'office quant aux types d'activités que l'on pouvait raisonnablement exiger de la part de l'assuré étaient suffisantes pour qu'il puisse s'orienter seul sur le marché du travail. De manière plus générale, dans la mesure où celui-ci offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif étaient, à l'évidence, adaptées aux limitations de l'assuré et accessibles sans aucune formation particulière, il n'existait guère d'obstacles pour l'assuré à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé. Dans ces conditions, l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité apparaissait superflue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011, consid. 4). d) En l'espèce, il sied de relever que les limitations retenues par les médecins du recourant sont légères, voire inexistantes (cf. rapports du Dr D_____ du 14 mai 2012, rapport de la Dresse E_____ du 10 juillet 2012). Dans la mesure où le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont, à l'évidence, adaptées à ses limitations et accessibles sans formation particulière, il n'y a guère d'obstacle pour le recourant à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé. Par ailleurs, on remarquera que ce dernier est inscrit auprès de l'assurance-chômage et qu'il effectue, depuis le 21 octobre 2013, un stage auprès de l'office cantonal de la population et des migrations, apparemment en qualité de commis administratif. Pour ces motifs, et dans la mesure où il a manifestement déjà fait le choix d'une profession, le recourant n'a pas droit à une mesure d'orientation professionnelle. Il convient enfin d'examiner son droit éventuel à une mesure d'aide au placement. e) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la nouvelle 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. 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

A/1773/2013 - 20/21 - 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 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). f) En l'espèce, la chambre de céans constate, d'une part, que le recourant est capable selon ses médecins d'exercer une activité adaptée à plein temps, d'autre part que ses limitations sont légères voire inexistantes, comme mentionné ci-dessus. Dès lors, il y a lieu d'admettre que celles-ci ne l'entravent pas dans sa recherche de travail, comme en témoigne le stage obtenu auprès de l'office cantonal de la population et des migrations. Le recourant n'a au demeurant jamais formulé de requête motivée en vue d'une aide au placement. Partant, son droit à une mesure d'aide au placement doit également être nié.

E. 13

Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1773/2013 - 21/21 -

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.