

# **GE\_GERICHTE ATAS/99/2015 vom 5. Februar 2015**

GE Cour de justice, 2015-02-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_99\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_99_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/99/2015 du 5 février 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/99/2015 del 5 febbraio 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 depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

A 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**

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 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, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LAI en vigueur du 1er janvier 2008 (5ème révision) jusqu'au 31 décembre 2011 et après le 1er janvier 2012 (révision 6a), en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329 et ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient de préciser que ces nouvelles introduites par la 5ème révision et la révision 6a de la LAI n'ont pas amené de

A/2795/2013 - 10/21 - modifications substantielles en matière d'évaluation du degré d'invalidité (arrêt du Tribunal administratif fédéral I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322) et de conditions d'octroi générales des mesures de réadaptation (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5ème révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316 ; message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [6e révision, premier volet] du 24 février 2010, FF

2010 1647, p. 1648 à 1650).

#### **E. 4**

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 (art. 56ss et 38 al. 1 et 4 let. b LPGA).

#### **E. 5**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une mesure de reclassement, plus particulièrement sur la détermination de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le calcul de son degré d'invalidité et son droit éventuel à de nouvelles mesures professionnelles.

#### **E. 6**

En vertu de l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (al. 1 let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (al. 1 let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1 let. c). 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 (al. 2). 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

A/2795/2013 - 11/21 - entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Arrêt du Tribunal administratif fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

#### **E. 7**

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus

avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la 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 l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal administratif fédéral 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'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,

A/2795/2013 - 12/21 - 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). Selon la jurisprudence, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475; 126 V 75 consid. 3b/aa p. 76 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). 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/2795/2013 - 13/21 - Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer

d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

## **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

A/2795/2013 - 14/21 - un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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). 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. 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation

peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant

A/2795/2013 - 15/21 - donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

#### **E. 9**

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. 10**

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

A/2795/2013 - 16/21 - invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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. 11**

En l'espèce, l'intimé considère que la capacité de travail du recourant est restreinte dans son activité habituelle et totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis mai 2010, avec une diminution de rendement de 20% depuis août 2012. Pour parvenir à cette conclusion, l'intimé se fonde sur l'expertise des Dresses E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ et sur l'avis du Dr H\_\_\_\_\_ du SMR du 6 novembre 2012, lui-même fondé sur le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 13 août 2012, pour la période postérieure au mois d'août 2012. Quant au recourant, il sollicite l'octroi d'une rente entière d'invalidité et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, afin d'éclaircir les origines des atteintes à sa santé et de déterminer quelles activités professionnelles sont adaptées à son état. A titre liminaire, il convient de relever que le dossier contient suffisamment d'éléments permettant de se déterminer sur l'état de santé du recourant et sa capacité de travail. Dès lors, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire n'est pas utile à la résolution du litige et la demande du recourant y relative doit être rejetée. D'autant que le recourant ne conteste ni les rapports des Dr H\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, ni les conclusions de l'expertise des Dresses E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_. A juste titre, puisque l'expertise répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante : elle se fonde sur un examen du recourant, des examens complémentaires et l'étude de son dossier médical ; elle comprend une anamnèse, une description de l'évolution de la maladie, relate les plaintes de l'assuré et indique les constats objectifs des experts ; les diagnostics sont clairs et cohérents, les conclusions quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles bien motivées ; enfin, l'appréciation du cas permet de comprendre les troubles dont souffre le recourant et leurs conséquences sur sa capacité de travail. Il est établi que l'état des mains du recourant s'est aggravé, ce qui a conduit l'intimé à requérir des rapports complémentaires en 2012. Dans la mesure où le

A/2795/2013 - 17/21 - rapport du Dr H\_\_\_\_\_ se fonde sur celui du Dr D\_\_\_\_\_, l'un des médecins traitants de l'assuré, il apparaît que ces deux médecins apprécient le cas du recourant de manière similaire. Les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail apparaissent mêmes plus favorables au recourant. Bien que les rapports des Drs H\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ soient brefs, ils sont clairs et permettent de comprendre la nature des atteintes à la santé du recourant et leurs effets sur sa capacité de travail. Par ailleurs, leurs conclusions sont cohérentes avec le dossier médical et les constatations faites durant les mesures d'orientation et de reclassement et les stages effectués par le recourant. Par ailleurs, aucun élément au dossier ne permet de remettre en cause leur appréciation du cas, étant précisé que les rapports du Dr C\_\_\_\_\_ sont trop peu motivés pour permettre d'en reprendre les conclusions, lesquelles sont en contradiction avec celles des autres médecins consultés, notamment en matière de diabète. Ainsi, il convient de retenir que, de mai 2010 à juillet 2012, la capacité de travail du recourant était de 100% dans son activité habituelle, avec une diminution de rendement de 30 à 40%, et de 100% dans une activité adaptée, sans

diminution de rendement. Depuis août 2012, la capacité de travail est de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 20%. La décision querellée étant conforme à ces conclusions, elle doit être confirmée sur ce point.

#### **E. 12**

Le recourant conteste également le calcul de son degré d'invalidité, estimant que le revenu d'invalidité retenu par l'intimé ne repose sur aucune base concrète et ne tient pas compte de ses limitations fonctionnelles, en l'occurrence de son incapacité d'effectuer des tâches répétitives en raison de l'état de ses mains. Au préalable, il convient de relever que le recourant n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis août 2009. L'intimé était donc légitimé à se fonder sur des bases statistiques pour établir le revenu avec invalidité, en vertu des principes jurisprudentiels applicables. Entre août 2010 et la fin des mesures d'ordre professionnel, en juillet 2012, l'intimé a déterminé le revenu avec invalidité du recourant en prenant en compte le revenu statistique tel qu'il ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; TA1) pour un homme exerçant une activité professionnelle de niveau 4 (activités simples et répétitives), tous secteurs confondus. Ce choix de salaire statistique apparaît fondé dans la mesure où, durant cette période, le recourant n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de manière pleine et entière et n'avait pas encore été mis au bénéfice de mesures d'ordre professionnel. Contrairement à ce que soutient le recourant, le caractère répétitif des activités de niveau 4 de l'ESS ne saurait être compris dans son sens littéral. En effet, la notion

A/2795/2013 - 18/21 - d'activités « simples et répétitives » doit être comprise en ce sens qu'un faible niveau de qualification est requis pour exercer les professions en question. Si certaines professions envisagées impliquent vraisemblablement une répétition de mouvements contre-indiquée pour le recourant, on ne saurait considérer l'ensemble des activités de niveau 4 comme inadaptées à l'état de santé de l'intéressé. A cet égard, il sied de relever qu'à réitérées reprises, le Tribunal fédéral a jugé que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, pour qu'on puisse convenir qu'un nombre significatif est adapté aux limitations telles que présentées par l'assuré et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). En ce qui concerne la période débutant en août 2012 - soit à l'issue des mesures de réadaptation professionnelle -, l'intimé a déterminé le revenu avec invalidité du recourant en prenant en compte le revenu statistique tel qu'il ressort des ESS (TA1 et non TA7 comme indiqué par erreur) pour un homme exerçant une activité professionnelle de niveau 3 (connaissances professionnelles spécialisées), dans le secteur de la production (2). En l'occurrence, c'est à juste titre que l'intimé s'est écarté du salaire statistique général pour se référer à une activité de niveau 3 dans le secteur de la production, étant donné que le recourant a évolué dans ce secteur professionnel durant toute sa carrière et que ce type d'activité apparaît tout à fait adapté à ses compétences et aux mesures de réadaptation professionnelle mises en œuvre. Compte tenu de ce qui précède, rien ne permet à la chambre de céans de considérer que les revenus avec invalidité retenus par l'intimé sont erronés.

#### **E. 13**

Enfin, le recourant conteste l'efficacité de la mesure de reclassement professionnel dont il a bénéficié. Selon lui, non seulement ce reclassement ne lui a offert aucun débouché sur le

marché du travail, mais sa formation en tant qu'opérateur-qualité n'a pas été achevée. En outre, les professions proposées ne respectaient pas ses limitations fonctionnelles. a) En principe, une perte de gain de 20% environ ouvre droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités). b) 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 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. 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

A/2795/2013 - 19/21 - d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in 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 LPG, 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 (arrêts I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

#### **E. 14**

En l'espèce, le recourant présente un degré d'invalidité largement supérieur à 20%, de sorte que l'intimé lui a octroyé une mesure d'orientation professionnelle et une mesure de reclassement. Il ressort du dossier que le recourant a été mis au bénéfice d'une formation d'opérateur-qualité par l'intimé sous la forme de cours théoriques et d'un stage en entreprise. Après avoir réussi les examens portant sur le volet théorique de sa formation, le recourant n'a pas souhaité continuer dans cette voie, faute de débouchés dans la branche, selon lui. Sa formation a donc été orientée vers la mécanique de précision au moyen d'un stage en entreprise de 4 mois, qui s'est achevé en juillet 2012. Cela étant, on ne saurait reprocher à l'intimé le fait que la formation d'opérateur-qualité n'ait pas été achevée, son interruption étant du fait du recourant, ce que ce dernier a confirmé lors de l'audience de comparution personnelle des parties. Quant à la formation de mécanicien de précision, elle a belle et bien été achevée, à l'issue des cours théoriques suivis auprès des EPI et d'une période de 4 mois de stage pratique en entreprise. La société auprès de laquelle le recourant a effectué ses stages d'opérateur-qualité et de mécanicien de précision avait la volonté de l'engager dans chacune de ces professions, à l'issue desdits stages, mais n'a pu le faire, faute de moyens. Dès lors, le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il soutient que les formations qui lui ont été dispensées sont sans débouchés. En tout état de cause, il n'est pas de la compétence de l'intimé – mais de celle de l'assurance-chômage – de déterminer dans quelle mesure le recourant pourrait concrètement trouver un emploi sur le marché du travail. Quant à la compatibilité des métiers vers lesquels le recourant a été orienté au vu de ses limitations fonctionnelles, il apparaît, à la lumière des conclusions du Dr H\_\_\_\_\_, que l'activité d'opérateur-qualité n'est pas entièrement adaptée à l'état de santé du recourant – même si, lors de son stage en entreprise, celui-ci n'a jamais fait état de douleurs en lien avec son activité. En revanche, rien ne permet de conclure que le métier de mécanicien de

précision est inadapté aux limitations fonctionnelles du recourant, bien au contraire. En effet, ce dernier a pu mettre en œuvre une pleine capacité de travail durant son stage en entreprise de quatre mois, sans difficultés notables sur le plan physique. A cet égard, les réserves émises par le

A/2795/2013 - 20/21 - Dr D\_\_\_\_\_ ne sont pas motivées et sont fondées sur les plaintes du recourant par ailleurs postérieures à la fin du stage de mécanicien de précision. Compte tenu de ces éléments, les griefs du recourant à l'égard de la mesure de reclassement dont il a bénéficié doivent être écartés.

#### **E. 15**

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

#### **E. 16**

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/2795/2013 - 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.