

GE_GERICHTE A/1201/2014 vom 2. März 2015

GE Cour de justice, 2015-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1201_2014

FR: GE_GERICHTE A/1201/2014 du 2 mars 2015

IT: GE_GERICHTE A/1201/2014 del 2 marzo 2015

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1959 au Portugal, titulaire d'un permis C, marié et père de deux enfants, nés en 1985 et 1995. Il s'est établi en Suisse en 1979. Hormis la scolarité obligatoire effectuée au Portugal, il ne bénéficie d'aucune formation professionnelle. [endif]>[if> 2. L'assuré a travaillé, de 1979 à 1984, en qualité de manœuvre pour l'entreprise B_____, de 1984 à 1986, comme aide de cuisine pour l'EMS C_____, de 1986 à 2008, comme magasinier pour D_____ SA et, de 2008 à 2010, comme magasinier pour la Pharmacie E_____. Il a été licencié par cette dernière avec effet au 31 décembre 2010 et se trouve depuis lors sans emploi. [endif]>[if> 3. Une IRM, effectuée le 19 juillet 2007 par le docteur F_____, a mis en évidence une formation nodulaire développée au sein de l'aponévrose plantaire du pied droit de l'assuré, caractéristique d'une fibromatose. [endif]>[if> 4. Il ressort d'une attestation de la société coopérative G_____ Genève du 30 juin 2011, que l'assuré a effectué, par le biais de l'OCE, un stage au sein de sa centrale logistique en tant que préparateur/magasinier, du 21 mars au 17 juin 2011. L'assuré s'était vite intégré dans l'équipe de la logistique et avait su se faire apprécier par ses collègues et supérieurs. Il était consciencieux et respectueux des règles et consignes. Son stage s'était bien déroulé. [endif]>[if> 5. L'assuré a été en incapacité de travail pour cause de maladie du 15 juin au 31 août 2011, selon trois certificats médicaux établis par le docteur H_____, généraliste et médecin-traitant de l'assuré. [endif]>[if> 6. Le 25 mai 2012, l'assuré a présenté une prostatite aiguë et, en juin 2012, un œdème généralisé. [endif]>[if> 7. Le 3 juillet 2012, il a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison d'une maladie. [endif]>[if> 8. Le 12 juillet 2012, l'OCE a informé l'OAI du fait que la première date d'inscription de l'assuré au chômage était le 1 er mars 2008. Il n'y avait pas de délai-cadre indemnisé ouvert à ce jour. L'assuré avait bénéficié d'un stage "PET M-Défi" du 21 mars ou 14 juin 2011. [endif]>[if> 9. Selon un courrier, adressé le 23 juillet 2012 au Dr H_____ par le docteur I_____, chef de clinique du département de chirurgie des HUG, l'assuré présentait probablement une maladie de Ledderhose au niveau de son pied droit, avec une importante formation nodulaire sur le versant plantaire de son pied qui rendait la marche difficile, et une chirurgie était indiquée. [endif]>[if> 10. La doctoresse J_____, FMH chirurgie plastique et reconstructive, a indiqué à l'OAI, le 26 août 2012, que l'assuré souffrait d'une maladie de Dupuytren à la main droite depuis plusieurs années qui avait un effet sur sa capacité de travail. Elle renvoyait au Dr H_____ pour les autres diagnostics. L'assuré souffrait également de la maladie de Dupuytren à la main gauche, sans effet sur sa capacité de travail. Elle l'avait suivi du 8 août 2011 au 15

août 2012 et avait procédé à deux interventions chirurgicales, à gauche le 26 septembre 2011 et à droite le 23 septembre 2011. Le patient avait eu une progressive difficulté à utiliser les deux mains en raison d'une rétractation de l'aponévrose palmaire des deux mains. A l'heure actuelle, la main gauche allait bien et il n'y avait plus de limitation fonctionnelle. La main droite avait encore un léger déficit d'enroulement. Comme pour toute maladie Dupuytren, une récurrence était possible. S'agissant des deux mains, il y avait eu une incapacité de travail à 100%, du 26 septembre 2011 au 11 mars 2012, à 75%, du 12 mars 2012 au 6 mai 2012, et à 50% du 7 mai 2012 au 31 mai 2012. Une reprise de travail théorique avait été fixée d'entente avec le patient. Il fallait en référer avec le Dr H_____ pour le surplus. Tous les travaux pouvaient encore être exigés de l'assuré. ![/endif]>![if> 11. Le 27 août 2012, la Pharmacie E_____ a indiqué à l'OAI que les rapports de travail avec l'assuré avaient duré du 1^{er} octobre 2008 au 31 décembre 2010, que son salaire s'élevait à CHF 70'613.40 en 2010, avec un horaire de travail de 40,50 heures par semaine, et que le salaire versé correspondait au rendement. ![/endif]>![if> 12. La Pharmacie E_____ a annexé à son rapport une copie du courrier de licenciement de l'assuré du 27 octobre 2010, dont il ressort que les efforts entrepris suite à la lettre d'avertissement du 24 septembre 2010 n'avaient pas été suffisants pour apporter les améliorations au travail attendues, ce qui motivait la résiliation du contrat de travail. ![/endif]>![if> 13. Le Dr H_____ a indiqué à l'OAI, dans un rapport du 30 août 2012, que la cause de l'incapacité de travail de l'assuré était une fibromatose des mains et des pieds, l'abus de tabac et l'abus modéré d'alcool. Il suivait le patient depuis le 5 janvier 2007 à ce sujet. Le patient souffrait également de jambes impatientes (syndrome nocturne) depuis courant 2012 et d'épisodes aigus d'œdèmes généralisés d'origine infectieuse probable, depuis juin 2012, ayant entraîné un arrêt de travail limité dans le temps. Ces deux derniers diagnostics étaient sans effet sur la capacité de travail. Le patient avait une gêne résiduelle post-opération de la main droite et surtout des difficultés à la marche. Une amélioration était attendue après l'opération du pied, prévue à fin 2012. Le patient était en incapacité de travail à 100% dès le 1^{er} janvier 2011. Du point de vue médical, la dernière activité exercée, soit celle de manutentionnaire, n'était plus exigible. Il était difficile d'évaluer à l'heure actuelle si le rendement était réduit car cela dépendrait de la réussite de l'opération du pied, d'un éventuel reclassement et de la compliance. ![/endif]>![if> 14. La Dresse J_____ a indiqué dans un rapport adressé à l'OAI le 6 mars 2013 que son dernier examen médical datait du 15 août 2012 et qu'elle avait déjà fait un rapport à l'OAI en date du 26 août 2012. ![/endif]>![if> 15. Selon un rapport adressé par le Dr H_____ à l'OAI le 11 mars 2013, l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire. Il avait été opéré du pied droit par le Dr I_____ le 10 décembre 2012. Le dernier examen médical datait du 8 mars 2013. Il y avait eu une aggravation de l'état de santé de l'assuré, ayant influencé négativement la capacité de travail, pendant la période post-opératoire dès décembre 2012. Ses limitations fonctionnelles étaient la marche en décharge avec des cannes. Sa capacité de travail était nulle. La compliance était optimale. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes de l'assuré et l'examen clinique. Il était difficile d'envisager un retour de l'assuré au travail pour les motifs suivants : "polymorbidité, âge, durée AT". ![/endif]>![if> 16. Le Dr I_____ a indiqué à l'OAI, dans un rapport du 23 décembre 2012, que le patient avait été en incapacité de travail totale, du 10 au 23 décembre 2012, suite à l'opération de son pied, en lien avec sa maladie de Ledderhose. Le dernier contrôle avait eu lieu le 17 avril 2013. Le pronostic était excellent. Il n'y avait pas de restrictions physique, mentale ou psychique sur l'activité exercée à ce jour. Du point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible,

sans réduction de rendement. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 100% dès le 23 décembre 2012 Il n'y avait aucune indication à une rente AI pour ce problème. [endif]>[if> 17. L'OAI a confié une expertise au docteur K_____, FMH en rhumatologie et médecine interne. Dans son rapport du 21 janvier 2014, l'expert a indiqué que ses conclusions se basaient sur l'analyse du dossier de l'OAI, le dossier radiologique de l'assuré et sur ses constatations cliniques du 17 janvier 2104. L'assuré avait été collaborant et lui avait indiqué avoir toujours joui d'une bonne santé et que c'était dans un contexte d'éthylotabagisme chronique ancien qu'il avait développé une maladie de Dupuytren bilatérale ainsi qu'une maladie de Ledderhose au niveau du pied droit. L'expert avait constaté que l'assuré s'était levé précautionneusement du fauteuil de la salle d'attente et une boiterie de décharge du pied droit. L'assuré semblait avoir de la peine à dérouler le pas. Il était ensuite resté assis pendant environ trente minutes, puis s'était levé sans difficulté pour se rendre à la salle d'examen. Le déshabillage et le rhabillage avaient été réalisés sans problème. Sous la rubrique "diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail", l'expert a indiqué : [endif]>[if> - récurrence de nodules sur l'aponévrose plantaire du pied droit dans le cadre d'une maladie de Ledderhose, status après cure chirurgicale d'un nodule de Ledderhose du pied droit en décembre 2012; - maladie de Dupuytren bilatérale avec récurrence bilatérale modérée. Il a posé comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : - lombalgies intermittentes actuellement en rémission; - surplus pondéral ; - ancien éthylotabagisme; - insuffisance veineuse aux membres inférieurs; - prostatisme; - syndrome des jambes sans repos anamnestique. Subjectivement, l'assuré se plaignait actuellement principalement de douleurs au pied droit, avec des difficultés à dérouler et à poser le pied et à rester dans des positions statiques ainsi qu'à porter des charges, tâches qui avaient tendance à aggraver ses douleurs au pied droit. Il avait également une légère gêne, avec parfois quelques douleurs au niveau des status opératoires des aponévrectomies aux paumes des deux mains. Il y avait une récurrence de quelques nodules palmaires, mais sans répercussion sur la mobilité des doigts. Finalement, l'assuré déclarait d'occasionnelles lombalgies survenues quelques mois auparavant, qui n'avaient pas été investiguées et pour lesquelles il n'avait pas reçu de traitement particulier. Il signalait aussi, par intermittence, des oedèmes aux membres inférieurs dans le cadre d'une insuffisance veineuse aux membres inférieurs. Il ne déclarait pas de gêne dans l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne, mais avait précisé ne rien faire à domicile, car tous les travaux ménagers étaient effectués par son épouse. Il passait son temps à lire et à regarder la télévision. Il rapportait quelques difficultés à conduire son véhicule automobile en raison de ses douleurs plantaires à droite. Objectivement, l'assuré présentait un certain déconditionnement physique avec une surcharge pondérale. D'un point de vue ostéo-articulaire, on constatait un status cicatriciel de la paume des mains dans le cadre d'un status après aponévrectomie pour une maladie de Dupuytren avec une ébauche de récurrence compte tenu d'une induration des aponévroses surtout au niveau des 4èmes rayons des deux côtés. Cependant la mobilité des doigts était conservée, avec un enroulement complet des doigts des deux côtés. L'assuré était également capable de serrer des objets sans difficulté. Au niveau de la plante du pied droit, on constatait indiscutablement une volumineuse voussure douloureuse localisée sur la voûte longitudinale interne, avec une aponévrose plantaire d'aspect fibromateux consécutive à une maladie de Ledderhose. Le reste de l'examen ostéo-articulaire révélait essentiellement de légers oedèmes aux membres inférieurs, dans le cadre de stigmates d'une insuffisance veineuse du membre inférieur. L'examen de l'IRM du pied droit de 2007 révélait l'existence

d'un nodule fibromateux de l'aponévrose plantaire du pied droit. En résumé, l'assuré avait manifesté, dans le contexte d'un éthylo-tabagisme actuellement sevré, un tableau de fibromatose aux paumes des mains et à la plante du pied droit, qui avait nécessité une aponévrectomie des deux mains en 2011 et du pied droit en 2012. L'évolution post-opératoire avait été caractérisée par une récurrence partielle de la fibromatose, particulièrement à la plante du pied droit, ce qui entraînait certaines limitations dans l'accomplissement de son travail de magasinier. L'assuré présentait des atteintes à la santé ayant des répercussions sur sa capacité de travail et d'autres sans. Il avait des limitations fonctionnelles incapacitantes, soit des limitations dans sa capacité de marcher plus de 500 m d'affilée, de rester dans des positions statiques debout, de porter des charges de plus de 10 kg et enfin une certaine limitation de faire des activités qui nécessitaient de serrer des objets avec force avec les mains. Ces limitations découlaient de l'atteinte fibromateuse qu'il présentait à la plante du pied droit et aux paumes des deux mains. L'assuré avait une incapacité de travail médicalement justifiée depuis le 1^{er} juin 2011. A l'heure actuelle, il avait une incapacité de travail à 100% dans son activité habituelle de magasinier depuis juin 2011 en raison des atteintes à la santé aux deux mains et au pied droit. On pouvait estimer que suite à l'intervention réalisée aux deux mains, il avait retrouvé une capacité de travail complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, depuis le 1^{er} mars 2012. Les propositions thérapeutiques de l'expert étaient la poursuite du traitement ergothérapeutique pour les deux mains et l'utilisation de supports plantaires ad hoc avec évidemment au niveau du nodule aponévrotique du pied droit, la poursuite du sevrage éthylo-tabagique, facteur qui avait pu favoriser la survenue de Dupuytren et de Ledderhose. Ces propositions thérapeutiques étaient sans influence sur la capacité de travail, mais pouvaient consolider l'évolution favorable tant au niveau des mains que du pied droit. Au sujet des rapports médicaux figurant au dossier, l'expert a relevé que le Dr H_____ n'avait pas statué sur une capacité de travail exigible en déterminant une incapacité de travail complète comme magasinier depuis juin 2011. Le Dr I_____ avait estimé une capacité de travail recouverte dans son travail habituel, après son opération du pied, sans tenir compte des autres atteintes à la santé de l'assuré (Dupuytren aux mains), ni de la récurrence du nodule de Ledderhose au pied droit. Quant à la Dresse J_____, elle avait déterminé des incapacités de travail en ne prenant en compte que l'atteinte de Dupuytren aux deux mains, sans tenir compte de l'atteinte plantaire et n'avait pas déterminé de capacité de travail exigible dans un travail adapté. Des mesures professionnelles, soit un reclassement ou une aide au placement, pouvaient être proposées à l'assuré dès maintenant. 18. Par décision du 17 mars 2014, l'OAI a refusé à l'assuré le droit aux mesures professionnelles et à une rente invalidité. L'assuré n'avait plus de capacité de travail dans son activité habituelle, mais il avait une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 %, depuis le 1^{er} mars 2012, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. [endif]>![if> Pour déterminer le revenu sans invalidité, il avait pris en considération un salaire statistique, dès lors que l'assuré était inscrit à l'OCE avant le début de l'atteinte à la santé, et en particulier un revenu, indexé à 2012, de CHF 62'217.- pour un taux d'activité à 100%, correspondant à des activités simples et répétitives n'exigeant pas de formation professionnelle, selon le tableau TA1 pour homme, dans des activités de niveau 4 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique (ESS) 2010. Pour déterminer le revenu avec invalidité, il s'était référé au tableau TA1, tous secteurs confondus de l'ESS, selon lequel un homme travaillant dans une activité de niveau 4 (activités simples et répétitives) pouvait réaliser un salaire annuel brut de CHF 62'217.-, actualisé à 2012, en travaillant à

100 %, sans diminution de rendement dans une activité adaptée à son état de santé. Une réduction de 10 % au maximum pouvait être accordée en raison des limites fonctionnelles. Le revenu annuel 2012 raisonnablement exigible avec invalidité était donc de CHF 55'995.-. Le degré d'invalidité de l'assuré était de 10 % et n'ouvrait par conséquent pas de droit à une rente. Une orientation professionnelle ne se justifiait pas, au vu du large éventail des activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services. La perte de gain de l'assuré étant de 10 %, elle n'ouvrait pas de droit au reclassement. L'assuré n'avait enfin pas droit à l'aide au placement actif, car il n'était pas limité par son atteinte à la santé dans la recherche d'un emploi. 19. Le 29 avril 2014, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision de l'OAI. Il n'avait pas été en mesure de retrouver un emploi après son licenciement par la Pharmacie E_____, malgré ses nombreuses recherches, en raison des limitations liées à ses problèmes médicaux, qui ne faisaient qu'empirer. L'OAI s'était fondé sur le rapport d'expertise du Dr K_____ qui était incomplet, car il n'indiquait pas quelles activités adaptées il serait susceptible d'exercer, se contentait d'indiquer que des mesures professionnelles de reclassement ou de placement devraient lui être proposées, ce qui n'était pas suffisant, et n'abordait pas la question d'une éventuelle baisse de rendement. L'OAI s'était référé à tort à des statistiques abstraites pour fonder sa décision. Rien ne justifiait en l'espèce de s'écarter du dernier salaire qu'il avait perçu en tant que magasinier auprès de la Pharmacie E_____ pour déterminer le salaire sans invalidité. Pour fonder le revenu avec invalidité, l'OAI aurait dû déterminer concrètement quelles activités adaptées pourraient entrer en considération. On ne discernait pas pourquoi un abattement de 10 % seulement avait été retenu par l'OAI au lieu de 25%, qui se justifiait manifestement en raison des limitations présentes aux mains et au pied droit. La baisse de rendement n'avait fait l'objet d'aucune analyse, elle était de 50% au moins au regard des limitations fonctionnelles. Dans la mesure où l'OAI n'indiquait pas quelles activités adaptées pourraient être exercées par le recourant, il convenait d'admettre qu'il n'en existait pas, de sorte que son incapacité de travail était de 100 %. Dans l'hypothèse où une activité exigible serait admise, il fallait se prononcer sur une baisse de rendement, qui était manifestement entraînée par les limitations fonctionnelles établies et retenir un revenu avec invalidité maximum possible de CHF 30'000.-. A titre plus subsidiaire, en ne tenant compte que du revenu sans invalidité et en admettant les autres éléments de l'OAI, le taux d'invalidité serait de 22,05% et lui ouvrirait le droit à des mesures de reclassement. Il était nécessaire d'entendre ses médecins-traitant et d'ordonner une expertise médicale judiciaire ainsi qu'une mesure d'observation professionnelle. 20. Le 30 juin 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours en renvoyant à la motivation de sa décision du 17 mars 2014 et en ajoutant que cette dernière se fondait sur une instruction médicale complète, soit l'expertise médicale rhumatologique du Dr K_____ et une analyse approfondie du dossier de la part du SMR. L'expert mandaté était un spécialiste en rhumatologie et en médecine interne et était ainsi pleinement compétent pour procéder à l'expertise. Le fait qu'il n'avait reçu l'assuré qu'à une reprise ne compromettait pas la force probante de l'expertise. Le rôle de l'expert consistait à déterminer la capacité de travail de l'expertisé et ses limitations fonctionnelles, pas à préciser quelles activités étaient adaptées à son état de santé, ce qui était le rôle des professionnels de la réadaptation. Si l'expert n'avait pas mentionné la baisse de rendement dans la capacité de travail retenue, cela ne signifiait pas qu'il n'avait pas analysé la question, mais qu'il n'y avait pas de baisse de rendement. Au vu des limitations fonctionnelles de l'assuré, il n'était pas étonnant que l'expert n'ait pas retenu de baisse de

rendement. Les limitations fonctionnelles du recourant ne le mettaient pas dans l'impossibilité de travailler à plein temps, sans baisse de rendement, dans une activité légère et sédentaire. Il conservait l'usage de ses mains et pouvait porter des charges jusqu'à 10 kg. Ainsi, toutes activités légères et répétitives étaient exigibles. Il n'existait guère d'obstacles pour le recourant à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé et il n'y avait pas lieu d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail lui permettait de retrouver un emploi. Des activités telles que le conditionnement léger (remplissage de boîtes de médicaments, de chocolats ou de crayons), l'industrie manufacturière (alimentation de machines, mise de boulons), la gestion de stocks, la vente dans un petit magasin, de type kiosque, pouvaient entrer en ligne de compte en l'espèce. Le fait que l'expert avait indiqué que des mesures professionnelles pouvaient être proposées au recourant n'obligeait pas l'OAI à mettre en place de telles mesures. Cela étant, il proposait à l'assuré, sous condition que les critères objectifs et subjectifs soient remplis, la mise en place d'une orientation professionnelle afin de cibler la ou les activités qui seraient les plus adaptées à ses limitations fonctionnelles. Le recourant avait été licencié avant l'atteinte à la santé, ce qui justifiait l'application de l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité. L'OAI revoyait toutefois sa position dans le sens où il était d'accord de prendre en considération un salaire statistique de magasinier, soit un revenu sans invalidité de CHF 63'096.- annuel, en lieu et place de CHF 62'217.-, ce qui donnait un degré d'invalidité de 11,25 %. L'abattement de 10% retenu était conforme au droit. 21. Par réplique du 30 juillet 2014, le recourant a contesté qu'on puisse déduire du silence de l'expert au sujet de la baisse de rendement qu'elle était inexistante. Il lui appartenait de l'indiquer expressément. Ses limitations fonctionnelles affectaient sa mobilité et sa capacité à manipuler des objets. C'était ces limitations et leur aggravation qui avaient conduit à son licenciement de son activité de magasinier, du fait qu'il n'était plus en mesure de réaliser cette tâche avec le rendement et la vigueur nécessaires. Pour déterminer s'il y avait une baisse de rendement et le type d'activités exigibles, il se justifiait d'ordonner une expertise médicale judiciaire et une mesure d'observation professionnelle. C'était le dernier salaire perçu de la Pharmacie E _____ qui devait être pris en considération pour déterminer le salaire sans invalidité, dans la mesure où il correspondait avec un degré de vraisemblance prépondérante au salaire qu'il réaliserait sans l'atteinte à la santé. 22. Par duplique du 11 août 2014, l'OAI a relevé qu'il ressortait du dossier que le recourant n'était en incapacité de travail que depuis le 1^{er} juin 2011, selon les rapports médicaux du 30 août 2012 du Dr H _____ et du 26 août 2012 du Dr J _____. Ainsi, il ne pouvait être retenu que c'était pour des raisons médicales justifiant une incapacité de travail que le recourant avait été licencié en 2008 et 2010. C'était à juste titre qu'il avait appliqué les statistiques de l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité. Pour le surplus, il persistait dans ses précédentes conclusions. 23. Le 5 janvier 2015, le recourant a indiqué à la chambre de céans : "... J'ai recommencé à travailler dès 2008 pour la Pharmacie E _____. J'ai été licencié pour des raisons de santé. Je n'arrivais plus à soulever les caisses et je n'arrivais pas à travailler assez vite. Ma hiérarchie savait que je ne pouvais pas aller plus vite pour des raisons de santé. A l'époque, je n'avais pas produit de certificat médical, mais mes problèmes aux deux mains se voyaient. Mon stage à la G _____, du 21 mars au 17 juin 2011, s'est bien déroulé. Je l'ai toutefois arrêté avant son terme à cause de mes problèmes aux mains. Mes supérieurs m'ont dit d'arrêter de travailler immédiatement lorsqu'ils ont vu l'état de mes mains. Je ne m'explique pas pourquoi ils n'ont pas mentionné ce fait dans l'attestation du 30 juin 2011. J'ai des douleurs au pied droit depuis 2007.

J'avais fait une IRM. Il n'a pas été question de l'opérer à ce moment-là car le nodule était trop petit. Il fallait attendre qu'il se développe. J'ai été opéré des deux mains en automne 2011. Cela allait mieux après la rééducation. Des nodules se sont développés à nouveau environ deux ans après l'opération. J'ai de plus en plus mal. Si je touche certains objets, la douleur peut venir. Pour certaines choses, je suis limité dans ce que je peux faire avec mes mains. La situation est quand même meilleure maintenant que juste avant l'opération. Je n'ai pas de raison de contester ce que la Dresse L_____ a indiqué dans son rapport du 26 août 2012, à savoir que je n'avais plus de limitations fonctionnelles à la main gauche. Je ne me souviens plus très bien de la situation à cette date, mais à ce jour, la situation a empiré. Concrètement, dans ma vie quotidienne, à l'heure actuelle, je ne peux pas porter de poids lourds avec ma main gauche, seulement quelques kilos. Des fois, j'ai aussi de la peine à lever le bras, mais cela est un problème de clavicule. Concrètement, ma main droite me fait mal à l'heure actuelle quand je veux prendre quelque chose et que les nodules touchent la chose. Vous me demandez s'il y a des choses que je ne peux plus faire à l'heure actuelle à cause de mes mains. Je ne sais pas ce que je pourrais vous dire. Il est possible de réopérer mes mains, mais plus tard, quand les nodules seront plus importants, selon ce que m'a dit la Dresse J_____. Je pense que je pourrais faire des choses simples avec mes mains. Je pourrais notamment ranger des crayons dans des boîtes. Des activités telles que vente dans un magasin type kiosque, alimentation de machines, mise de boulons. Je me demande toutefois si je pourrais suivre la cadence si elle est rapide. Ce type de travail nécessite beaucoup d'énergie. Je me demande si je pourrais suivre la cadence avec mon problème aux mains. S'agissant de mon pied droit, suite à l'opération je n'ai plus eu mal, mais quelques mois après, le nodule douloureux est réapparu. Maintenant, le nodule est le double de celui qui a été opéré. Je ne suis pas allé revoir le Dr I_____ depuis avril 2013. Il m'avait suggéré de porter des chaussures avec une semelle spéciale pour me soulager, ce que je n'ai pas fait car le coût de CHF 300.- était à ma charge. Concrètement, à l'heure actuelle, j'ai du mal à marcher. Cela fait bientôt une année. Je marche avec le pied incliné, je ne peux pas le poser droit. Je peux marcher, mais avec de la peine. Je n'utilise pas de canne, mais je boîte en marchant. Je pense que mon état physique me permettrait d'exercer un travail du type conditionnement. Je ne fais pas grand-chose de mes journées à l'heure actuelle. Je fais un peu de lecture, je regarde la télévision. Je regarde également les annonces pour retrouver un travail, ce que je souhaite. Je me verrais bien faire un travail comme du conditionnement, des petites choses dans mes possibilités. J'ai vu l'expert le 17 janvier 2014, il m'a posé beaucoup de questions et il m'a examiné aussi. Je peux toujours conduire, mais pas comme avant. S'agissant de la mobilité de mes doigts, j'arrive à prendre des objets. En revanche, j'ai des difficultés à enrouler mes doigts car cela me crée des douleurs avec les nodules. Si j'étends la main, je sens les traces des cicatrices. C'est douloureux et désagréable. Le matin, c'est encore plus difficile, après cela va mieux. Je pense qu'il me serait utile d'obtenir de l'aide pour cibler les activités qui seraient les plus adaptées à mes limitations fonctionnelles. Tout ce qui me serait utile pour rentrer dans le marché de l'emploi m'intéresse...". 24. Sur ce, la cause a été gardée à juger. ![/endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er 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).![/endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. a)

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 345 consid. 3).!

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 3 juillet 2012 et une décision de l'intimé du 17 mars 2014 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004, celles du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1 er janvier 2008 et celles du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1 er janvier 2012. 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. 56 ss LPGA.!

4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.!

5. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1 er janvier 2008).!

b. 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. 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). c. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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. d. 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). e. 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). 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. 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; ATF 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009). Le nombre d'entretiens ou la durée de ceux-ci ne sont pas des critères retenus pour juger du caractère probant d'un rapport d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3a). f. 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). g. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre 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; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en oeuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement, d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références). 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 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b). 6. a. En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise du 21 janvier 2014 effectuée, sur mandat de l'OAI, par le Dr K_____. b. Ce dernier est un médecin indépendant, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Ses conclusions se fondent sur le dossier complet de l'assuré, y compris radiologique, et sur un examen clinique. Le rapport d'expertise comporte une anamnèse détaillée, une description des plaintes du recourant et le résultat de l'examen clinique de l'assuré par l'expert. Ce dernier a posé des diagnostics, décrit les limitations fonctionnelles de l'assuré et déterminé sa capacité de travail de façon claire et précise. Il a posé de nombreuses questions à l'assuré et procédé à un bilan actualisé de son état de santé, relevant une récurrence de l'atteinte aux mains et au pied droit, qui n'était pas établie jusque-là. Il a retenu des limitations fonctionnelles qui correspondent à celles admises par le recourant lui-même. L'expert aboutit ainsi à des résultats convaincants et aucun indice concret sérieux ne permet de douter de leur bien-fondé, en particulier pas le rapport médical du 30 août 2012 du Dr H_____, qui, comme l'a relevé l'expert, a retenu une incapacité de travail complète comme magasinier depuis juin 2011, mais ne s'est pas prononcé sur une capacité de travail exigible. c. Le recourant allègue que l'expertise du Dr K_____ est incomplète du fait qu'elle n'indique pas quelle activité adaptée il serait susceptible d'exercer et qu'elle se contente d'indiquer que des mesures professionnelles de reclassement ou de placement devraient lui être proposées, ce qui n'est pas suffisant selon lui. Le rôle de l'expert est de procéder à une analyse médicale et d'établir les éventuelles limitations fonctionnelles, ce qu'a fait le Dr

K_____. On ne saurait lui reprocher de ne pas avoir établi quelles activités adaptées le recourant pourrait exercer, ce qui n'entre pas dans le cadre de ses compétences spécifiques et ce qui n'était, en outre, pas nécessaire en l'espèce, comme cela sera démontré ci-après. d. Le recourant considère encore que l'expertise est incomplète dans la mesure où elle n'aborde pas la question d'une éventuelle baisse de rendement. Le Tribunal fédéral, dans son arrêt 9C_843/2012 du 1er mars 2013 concernant un cas similaire dans lequel l'expertise n'abordait pas la question du rendement, a considéré qu'il y avait tout lieu de penser, faute d'élément médical contredisant ce point de vue, que l'évaluation de la capacité de travail incluait déjà cet élément. Il en résulte qu'une détermination expresse sur le rendement ne s'impose pas dans tous les cas. En l'espèce, il ressort de l'expertise que l'assuré a retrouvé une capacité de travail complète dans une activité adaptée, ce qui implique logiquement une absence de baisse de rendement. Le fait que l'assuré ait exprimé des doutes quant à son rendement ne suffit pas à remettre en cause la conclusion de l'expert sur ce point. e. En conclusion, l'expertise n'est pas incomplète et il ne se justifie pas d'en ordonner le complément ou une nouvelle. 7. a. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28 al. 2 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, 104 V 135 consid. 2a et 2b).! [endif]> [if> b. 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). c. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée 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 (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). d. 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'invalidé 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. 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). Toutefois, dans certains domaines d'activités dans lesquels les postes à temps partiel sont répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, comme celui d'employé de bureau, le critère du taux d'occupation n'a guère d'importance (ATF du 30 avril 2012 9C 751/2011). 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; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). f. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il aurait été judicieux que l'OAI donne au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il pouvait encore exercer, mais qu'il convenait néanmoins d'admettre que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on devait convenir qu'un nombre significatif étaient adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4). g. 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'oeuvre (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). 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 (ATF non publié 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). 8. a. Le recourant reproche à l'OAI de s'être référé à des statistiques abstraites pour déterminer le revenu sans invalidité. b. Dans la mesure où le revenu sans invalidité doit être établi de manière aussi concrète que possible, rien ne justifie en l'espèce de ne pas tenir compte du dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé auprès de la Pharmacie E_____, en tant que magasinier. Les conditions particulières justifiant le recours aux données statistiques ne sont pas réalisées. Le dernier salaire réalisé par l'assuré est connu et il correspond manifestement au salaire qu'il était en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide, puisqu'il a exercé l'activité de magasinier pendant un grand nombre d'années, et en particulier plus de dix ans pour la société D_____SA. Sa période de chômage n'a pas été assez longue pour justifier qu'il soit pas tenu compte de son dernier salaire réalisé auprès de la Pharmacie E_____ où il est resté pendant plus de deux ans. C'est donc à tort que l'OAI s'est référé aux données statistiques pour déterminer le revenu sans invalidité. Il aurait dû retenir comme salaire annuel sans invalidité la somme CHF 71'890,09 (salaire de CHF 70'613,40 en 2010 à la Pharmacie E_____, indexé à 2012). b. S'agissant de la détermination du revenu avec invalidité à prendre en considération, le recourant allègue que dans la mesure où l'OAI n'indiquait pas quelle activité adaptée serait susceptible d'exercer le recourant, il convenait d'admettre qu'il n'en existait pas, de sorte que son incapacité de travail était de 100 % et qu'il avait donc droit à une rente d'invalidité complète. c. En l'espèce, et au vu de la jurisprudence en la matière, il faut retenir que l'OAI n'avait pas à désigner expressément des activités compatibles avec les limitations de l'assuré, s'agissant d'activités légères accessibles sans formation particulière, dès lors que le marché du travail offre une large palette de ce type d'activités. L'OAI a pour le surplus suggéré dans sa réponse du 30 juin 2014 des activités pouvant être exercées par l'assuré, soit le conditionnement léger, l'industrie manufacturière, la gestion de stocks et la vente dans un petit magasin. La décision de l'OAI n'est ainsi pas critiquable du fait qu'elle ne désigne pas expressément des activités compatibles avec les limitations de l'assuré. C'est à juste titre que l'OAI a retenu un salaire avec invalidité de CHF 62'217.- en se fondant sur le tableau TAI pour homme, domaine de travail dans des activités de niveau 4, simples et répétitives de l'ESS 2010, en travaillant à 100%, indexé à 2012. c. Le recourant soutient encore que l'OAI aurait dû retenir un abattement de 25%, et non de 10% comme il l'a fait, au vu de son âge, de son absence de formation et des limitations fonctionnelles liées à ses deux mains ainsi qu'à son pied droit. En l'espèce, le recourant était âgé de 55 ans au moment de la décision de l'OAI. Son âge ne justifiait pas un abattement supplémentaire, au vu de la jurisprudence en la matière, de même que son absence de formation professionnelle, dès lors que l'OAI a retenu que seules des activités de niveau 4 (simples et répétitives), sans formation professionnelle au préalable, étaient exigibles du recourant. L'appréciation de l'OAI tient globalement compte de l'ensemble des facteurs personnels et professionnels du cas particulier. C'est donc à bon droit que l'OAI a retenu un abattement de 10%. 9. Au vu des considérations qui précèdent, le degré d'invalidité de l'assuré dont aurait dû tenir compte l'OAI était de 22,11%. Ce degré d'invalidité n'ouvre pas droit à une rente. Il y a lieu de relever, à cet égard, que même si, par hypothèse, l'abattement maximum de 25%

avait été retenu, le taux d'invalidité serait de 35,09% et n'ouvrirait pas de droit à une rente invalidité. 10. L'OAI a refusé au recourant tout droit à des mesures professionnelles sur la base d'un taux d'invalidité retenu de 10%. Dans sa réponse du 30 juin 2014, il a admis un taux d'invalidité de 11,25% et proposé " sous conditions que les critères objectifs et subjectifs soient remplis ", la mise en place d'une orientation professionnelle afin de cibler la ou les activités qui seraient les plus adaptées à ses limitations fonctionnelles (parmi celle du TA1).!

11. Au vu du taux d'invalidité retenu, une mesure de reclassement au sens l'art. 17 LAI est en outre envisageable, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une telle mesure étant une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OAI pour nouvelle décision sur les mesures professionnelles dont pourrait bénéficier le recourant. 11. Le recours sera ainsi partiellement admis, la décision du 17 mars 2014 annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.!

12. Le recourant, représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'espèce à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 1 LPA). !

13. Il ne sera pas perçu d'émolument.!

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.