

GE_GERICHTE A/1400/2013 vom 18. Februar 2014

GE Cour de justice, 2014-02-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1400_2013

FR: GE_GERICHTE A/1400/2013 du 18 février 2014

IT: GE_GERICHTE A/1400/2013 del 18 febbraio 2014

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur P _____, domicilié à ANIERES recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur P _____, né en 1949, exerçant la profession de courtier maritime, a déposé le 2 juillet 2012 une demande auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI), visant à l'octroi de prestations AI, au motif qu'il souffrait d'une diminution de la capacité respiratoire liée à une pneumonie interstitielle non spécifique (NSIP) depuis octobre 2010. L'assuré, également affilié auprès de la compagnie d'assurance ZURICH dans le cadre d'une assurance-maladie collective, a été mis au bénéfice d'indemnités journalières à compter du 1^{er} décembre 2010. Son employeur, auprès duquel il travaillait depuis le 1^{er} juin 1990 en qualité de directeur général et courtier en affrètement maritime, a indiqué le 25 juillet 2012 qu'il exerçait depuis le 1^{er} décembre 2010 une activité de consultant à mi-temps. Dans un rapport adressé à l'OAI le 3 août 2012, le Docteur A _____, médecin FMH en pneumologie et médecine interne générale, a retenu les diagnostics de syndrome d'emphysème des sommets et fibrose pulmonaire des bases combinée, de type pneumopathie interstitielle non spécifique (NSIP) et de syndrome des apnées du sommeil de degré modéré. Il considère que le taux d'activité de 50% exercée actuellement est justifié du point de vue pneumologique. Il précise que le patient souffre de dyspnée d'effort et de fatigue importante dans l'après-midi et qu'il a dû cesser toute activité professionnelle à l'étranger (voyages). Le Dr B _____, médecine interne FMH, a, le 27 août 2012, confirmé la présence d'une pneumonie interstitielle non spécifique depuis octobre 2010. Il a ajouté que le patient souffrait d'une maladie coronarienne depuis 2008, cette maladie n'ayant cependant pas d'effet sur la capacité de travail. Il a envisagé à titre de pronostic une possible dégradation. Il estime l'incapacité de travail à 50% depuis le 5 mars 2011, et à 30% depuis le 7 mai 2012. Le 23 novembre 2012, le Dr A _____ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire depuis un an. Il confirme la capacité de travail à 50% depuis le 11 mars 2012 en tant que courtier maritime. Il déclare qu'un arrêt du traitement immunosuppresseur va être tenté, étant précisé que la compliance du patient est optimale et qu'il y a bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. A la question de savoir s'il est possible d'envisager un retour au travail ultérieurement dans le même métier ou dans un autre, il répond qu'il n'est pas possible de se prononcer pour l'instant, l'évolution de la maladie n'étant pas prévisible. Le Dr B _____ a également répondu, le 27 novembre 2012, que l'état de santé était resté stationnaire depuis une année. La capacité de travail est de 70% dans le poste de travail occupé en tant que chef d'entreprise, étant précisé que ce 30% d'incapacité de travail est justifié par la difficulté à faire des voyages professionnels en avion. Le

6 décembre 2012, l'OAI a informé l'assuré que des mesures d'intervention précoce, ainsi que d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, n'étaient actuellement pas indiquées.![endif]>![if> 9. Sur demande de l'OAI, le Dr A_____ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 50% depuis le 11 mars 2012. Il a par ailleurs transmis une copie des fonctions pulmonaires depuis le début de l'atteinte.![endif]>![if> 10. Le 21 décembre 2012, le Dr B_____ a, quant à lui, précisé qu'une amélioration de l'état de santé était intervenue, permettant de faire passer le taux d'activité de 50 à 70%, et de diminuer le traitement. Selon lui, la capacité de travail de son patient dans une activité strictement adaptée à son atteinte est de 100%, étant précisé qu'il lui est difficile de voyager, d'où le 30% d'incapacité de travail.![endif]>![if> Le 17 janvier 2013, le Dr B_____ précise encore que l'assuré a une capacité de travail de 100% dans une activité strictement réservée à son atteinte depuis début décembre 2012.

11. Une note a été établie par le médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) le 11 février 2013. Il en résulte les constatations suivantes :
![endif]>![if> « Assuré de 64 ans, courtier maritime, en incapacité de travail depuis décembre 2010 pour des raisons pneumologiques. En effet, il présente une pneumopathie interstitielle non spécifique (NSIP) qui est la cause d'une dyspnée d'effort, d'une désaturation d'oxygène et d'une fatigue progressive. Il a reçu un traitement de corticoïdes et immunosuppresseur (azathioprine) et de la réhabilitation respiratoire. L'évolution de cette pathologie chronique est lente, mais favorable avec stabilisation de l'atteinte permettant une capacité de travail entière dès décembre 2012 (dans une activité adaptée). Son poste de chef d'entreprise n'impliquant pas d'effort, ce poste est à retenir comme adapté. » 12. Le 21 février 2013, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel il est constaté qu'il est incapable de travailler à 70% depuis le 1^{er} décembre 2010, à 50% depuis le 11 mars 2011, à 30% depuis le 7 mai 2012, et à 0% depuis le 1^{er} décembre 2012, de sorte que tant une rente AI que la prise en charge de mesures d'ordre professionnelles lui sont refusées.![endif]>![if> 13. L'assuré a contesté ce projet le 5 mars 2013. Il communique les décomptes de la ZURICH ASSURANCES, attestant de son incapacité de travail à 70% dès le 1^{er} décembre 2010, à 100% du 15 décembre 2010 au 31 janvier 2011, à 70% du 1^{er} février au 10 mars 2011, et enfin à 50% du 11 mars au 29 novembre 2011. Il n'a pas été question d'une reprise d'activité à 100% comme mentionné dans le projet de décision. Il déclare qu'il travaille en moyenne quatre heures par jour et s'interdit d'entreprendre des déplacements professionnels pourtant essentiels et faisant partie intégrante de son travail avant la maladie, ce qui limite grandement son activité.![endif]>![if> 14. Par décision du 17 avril 2013, l'OAI a confirmé son refus.![endif]>![if> 15. L'assuré a interjeté recours le 1^{er} mai 2013 contre ladite décision. Il communique à la Cour de céans un rapport établi par le Dr A_____ le 25 avril 2013, aux termes duquel celui-ci confirme que, sur le plan de sa maladie pulmonaire, la capacité de travail de l'assuré est toujours de 50%, et ceci depuis le 11 mars 2012.![endif]>![if> 16. Dans sa réponse du 2 juillet 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il rappelle que selon le Dr B_____, l'assuré a une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle depuis le mois de mai 2012, et de 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2012. L'OAI relève qu'avec une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle, le degré d'invalidité est de 30%, taux qui n'ouvre pas le droit à une rente. En outre, des mesures d'ordre professionnelles ne sont pas indiquées, dans la mesure où le recourant travaille toujours dans son activité habituelle et qu'il est âgé de 64 ans. Les rapports du Dr A_____ ont été pris en compte lors de l'instruction du

dossier, mais n'ont pas permis de retenir une capacité de travail de 50% quelle que soit l'activité envisagée, ce médecin n'expliquant pas de manière convaincante les motifs qui le conduisent à une telle conclusion. Enfin, le SMR s'est prononcé le 2 juillet 2013 sur le rapport du Dr A _____ du 25 avril 2013 et relève que ce dernier confirme les limitations fonctionnelles déjà retenues sur la base des rapports du Dr B _____, à savoir que l'assuré ne doit pas effectuer de voyages professionnels et ne peut exercer qu'une activité sédentaire ou semi-sédentaire et légère. » 17. Interrogé par la Chambre de céans, le Dr A _____ a précisé que le 22 novembre 2013 que « l'assuré souffre d'une maladie pulmonaire diagnostiquée en 2010, d'évolution chronique dont le traitement médicamenteux a permis de stabiliser l'évolution. Les limitations fonctionnelles en découlant sont actuellement une diminution de sa capacité pulmonaire, se traduisant par une difficulté importante à effectuer des efforts, la maladie pulmonaire ne permettant pas d'oxygéner suffisamment le sang dans cette situation. Cette maladie occasionne par ailleurs une fatigue chronique. La maladie est stable mais elle entraîne donc des limitations fonctionnelles tout à fait nettes, raison pour laquelle je confirme que la capacité de travail de l'assuré est de 50% et ceci depuis le 11 mars 2012. Cette capacité de travail de 50% pourrait s'améliorer dans le futur mais j'en doute en raison de la stabilité de la maladie et son caractère chronique. » 18. Invité à se déterminer, le SMR, dans une note du 5 décembre 2013, s'est expressément référé à son avis du 2 juillet 2013 et noté que le Dr A _____ confirmait ce que le SMR avait retenu dans son rapport du 11 février 2013. L'OAI a dès lors maintenu ses conclusions. » 19. Le courrier de l'OAI a été transmis à l'assuré. » 20. Celui-ci, par courrier du 19 décembre 2013, a demandé à prendre connaissance de l'avis du SMR du 11 février 2013. Cet avis lui a été transmis le 8 janvier 2014 et un délai au 30 janvier 2014 lui a été accordé pour détermination. » 21. Sans nouvelles de sa part, la Chambre de céans a gardé la cause à juger. » EN DROIT 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. 2. Interjeté en temps utile, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). » 3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI. » 4. 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). » 5. 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. » 6. 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). ⁷

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). ⁸

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). ⁹

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). ¹⁰

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). ¹¹

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).!

12. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATFA non publié I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1; ATFA non publié I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274). Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'il prenne toutes les mesures qu'un homme raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers. Parmi les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance, mais doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un cas particulier ne peut être tranchée de façon définitive. Cela étant, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle. Conformément au principe de la proportionnalité, il convient en revanche de faire preuve de prudence dans l'invocation de l'obligation de réduire le dommage lorsqu'il s'agit d'allouer ou d'adapter certaines mesures d'ordre professionnel afin de tenir compte de circonstances nouvelles relevant de l'exercice par l'assuré de ses droits fondamentaux. Demeurent réservés les cas où les dispositions prises par l'assuré doivent être considérées, au regard des circonstances concrètes, comme étant tout simplement déraisonnables ou abusives (ATF 113 V 22 consid. 4d; HÜRZELER, Prävention im Haftpflicht- und Sozialversicherungsrecht, in Prävention im Recht, 2007, p. 172 sv.).

13. En l'espèce, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI déposée par l'assuré, au motif que, selon le Dr B _____, sa capacité de travail est de 70% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, ce dès le 1^{er} décembre 2012. Le Dr B _____ a en effet indiqué que la capacité de travail de son patient, dans une activité strictement adaptée à son atteinte, était entière, étant précisé qu'il lui était devenu difficile de voyager, d'où les 30% d'incapacité.

14. L'assuré a contesté ces taux, rappelant que selon le Dr

A _____, sa capacité de travail dans une activité adaptée était restée de 50% depuis le 11 mars 2012. L'assuré a au surplus produit les décomptes de la ZURICH ASSURANCES attestant plus particulièrement d'une capacité de travail à 50% seulement du 11 mars au 29 novembre 2011. Il ajoute qu'il n'a du reste pas repris son activité à plein temps et qu'il a continué à travailler en moyenne quatre heures par jour. [endif]>[if> 15. Il y a lieu de relever que tant le Dr A _____ que le Dr B _____ posent le même diagnostic et décrivent les mêmes limitations fonctionnelles. Ils n'estiment cependant pas de la même manière la capacité de travail de l'assuré. Le premier considère que la capacité dans l'activité antérieure comme dans une activité adaptée est de 50% dès le 11 mars 2012, alors que le second évalue la capacité de travail à 70% - l'incapacité de 30% représentant les voyages que l'assuré ne peut plus assumer - dès novembre 2012. Ce médecin, faisant état d'une amélioration de l'état de santé, porte la capacité de travail à 100% dès décembre 2012 dans une activité adaptée.[endif]>[if> L'OAI a ainsi conclu, sur la base des conclusions du Dr B _____, que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, laquelle correspondait précisément à celle qu'il continuait d'exercer. Or, l'activité adaptée dans le cas d'espèce est celle dans le cadre de laquelle aucun voyage ne peut être envisagé. Il convient dès lors de retenir une capacité de travail de 70%. Les conclusions du Dr A _____ ne permettent pas de s'écarter de ce taux, dans la mesure où ce médecin se borne à motiver le taux de 50% par le fait que la maladie dont l'assuré souffre entraîne des limitations fonctionnelles « tout à fait nettes ». L'assuré allègue avoir continué à travailler à hauteur de 4 heures par jour en moyenne. Le taux d'activité exercé effectivement n'est cependant pas déterminant. Selon la jurisprudence en effet, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 16. La Cour de céans retiendra dès lors une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle que l'assuré a continué d'exercer. [endif]>[if> 17. Reste à déterminer le degré d'invalidité.[endif]>[if> a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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 223 consid. 4.1, 128 V 174). b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. Le revenu déterminant correspond au revenu présumé issu d'une activité lucrative, sur lequel les cotisations de l'assurance-vieillesse seraient prélevées (art. 25 al. 1 RAI; arrêt 9C_699/2008 du 26 janvier

2009). 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) 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 (cf. consid. 5.2.2 de l'arrêt T. précité du 17 octobre 2003 et les références). c) Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). En règle générale, il convient de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne total du tableau relatif au «secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). d) Dans le cas toutefois où, comme en l'espèce, l'assuré a continué à exercer la même activité, l'incapacité de travail se confond avec le degré d'invalidité. La comparaison des gains se détermine en effet par rapport à son taux d'activité avant l'invalidité et celui après la survenance de l'invalidité, ce qui donne un degré d'invalidité de 30%. Or, ce taux n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). 18. La prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle ne se justifie pas non plus, compte tenu de son âge et du fait qu'il exerce la même profession. 19. Force est ainsi de constater que l'assuré présente en l'état un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à des mesures de réadaptation professionnelle ou à une rente d'invalidité. Aussi le recours ne peut-il être que rejeté. 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.