

## **GE\_GERICHTE A/1424/2013 vom 22. Mai 2014**

GE Cour de justice, 2014-05-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1424\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1424_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/1424/2013 du 22 mai 2014

IT: GE\_GERICHTE A/1424/2013 del 22 maggio 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHEIDT SCHEIDEGGER 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), né en 1962, marié et père de six enfants, est arrivé en Suisse dans les années 80 et a été naturalisé au cours de la décennie suivante. Après une scolarité accomplie en Somalie, il a obtenu en 1993 un certificat fédéral de capacité de cuisinier, métier qu'il a exercé jusqu'en 1995. Par la suite, il a occupé successivement les postes d'employé d'abattage/livreur, d'employé de tri/livreur puis de livreur/cuisinier, avant d'entrer au service de la société B\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur) en juin 2011 en qualité de livreur.![endif]>![if> 2. Licencié le 31 janvier 2012 avec effet au 29 février 2012, l'assuré s'est retrouvé en arrêt de travail complet le 6 février 2012 et son cas a été pris en charge par l'assurance d'indemnités journalières de l'employeur.![endif]>![if> 3. Dans deux rapports datés respectivement des 20 février et 7 mars 2012, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que des imageries par résonance magnétiques (IRM) avaient montré, au niveau des deux épaules de l'assuré, une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs avec rétraction tendineuse.![endif]>![if> 4. Dans un rapport du 11 mai 2012, le Dr D\_\_\_\_\_, chef de clinique au Département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a indiqué que l'assuré souffrait de douleurs à l'épaule droite depuis trois mois, suite à une tentative de rattrapage d'un colis d'environ 20 kg sur son lieu de travail. A gauche, les douleurs remontaient à une dizaine d'années. Les douleurs, évaluées à 6-8/10, étaient déclenchées par les mouvements de traction sur le bras en adduction et la médication antalgique administrée jusqu'alors s'était avérée peu efficace. De même, une cinquantaine de séances de physiothérapie n'avaient permis d'obtenir qu'un bénéfice partiel. ![endif]>![if> Dans ce contexte, le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état d'une discussion avec l'assuré sur la nécessité d'une intervention chirurgicale (arthroscopie avec réinsertion du sus-épineux, acromio-plastie et résection du centimètre externe à droite), précisant qu'il serait impossible d'opérer les deux côtés en une fois. 5. Le 28 mai 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).![endif]>![if> 6. L'assurance d'indemnités journalières de son employeur a chargé la clinique CORELA, plus particulièrement le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie, de procéder à une expertise. ![endif]>![if> 7. L'expert, dans son rapport du 27 juin 2012, après avoir retracé l'anamnèse, recueilli les plaintes de l'assuré et examiné ce dernier, a confirmé le diagnostic de rupture transfixiante bilatérale de la coiffe des rotateurs aux dépens du sura-épineux, avec rétraction tendineuse et épanchement dans la bourse sous-acromio-deltaïdienne. ![endif]>![if> Cette atteinte entraînait pour l'assuré des difficultés à porter des charges, même légères – jusqu'à

10 kg occasionnellement et/ou inférieurs à 5 kg fréquemment – avec les deux bras. L'expert a considéré qu'au jour de l'examen, soit le 27 juin 2012, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle mais de 100% (en termes d'horaire et de rendement) dans un emploi adapté, tel qu'« un travail de bureau ou administratif ». L'expert a ajouté que, nonobstant une prochaine intervention chirurgicale prévue le 20 juillet 2012, le pronostic s'agissant de la reprise d'un travail manuel de type chauffeur-livreur était très réservé compte tenu du risque d'une nouvelle rupture, raison pour laquelle le Dr E\_\_\_\_\_ a préconisé une reconversion dans une activité n'imposant pas le port de charges, même légères. 8. Dans un rapport du 30 juillet 2012 à l'OAI, le Dr F\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a attesté d'une incapacité de travail complète et définitive depuis le 6 février 2012 dans l'activité de livreur. Selon le médecin, les restrictions (port de charges, soulèvement des épaules) pouvaient certes être réduites par des mesures médicales (arthroscopie de l'épaule), mais il ne fallait pas s'attendre pour autant à la reprise de l'activité professionnelle habituelle. [endif]> [if> Le Dr F\_\_\_\_\_ a estimé que depuis février 2012, l'assuré devait éviter : - les activités s'exerçant uniquement en position debout, [endif]> [if> - celles s'exerçant principalement en marchant (terrain irrégulier), [endif]> [if> - le travail bras au-dessus de la tête, [endif]> [if> - les positions accroupie ou à genoux, [endif]> [if> - le soulèvement ou le port de charges (limités à 3 kg maximum), [endif]> [if> - l'escalade d'échelles ou d'échafaudages. [endif]> [if> 9. Le dossier de l'assuré a alors été soumis au Dr G\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (SMR), qui a émis en date du 12 octobre 2012 l'avis qu'au regard du diagnostic de rupture bilatérale de la coiffe des rotateurs (M. 75.1) et des limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré était effectivement nulle dans son activité habituelle depuis le 6 février 2012 - en dépit de l'intervention chirurgicale du 22 juillet 2012 -, mais complète, en revanche, dans une activité adaptée, le début de l'aptitude à la réadaptation étant fixé au 27 juin 2012. [endif]> [if> 10. Le 2 novembre 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation. [endif]> [if> 11. Par courrier du 21 novembre 2011, l'assuré a fait part de son désaccord avec ce projet, en alléguant que son état de santé s'était péjoré dernièrement. Il précisait à cet égard que son médecin traitant, le Dr F\_\_\_\_\_, l'avait « à nouveau » mis au bénéfice d'un arrêt de travail à 100% le 6 février 2012 pour ses problèmes d'épaules. [endif]> [if> 12. Dans un rapport du 21 novembre 2012, l'enquêteur de l'assurance d'indemnités journalières a mentionné que si l'épaule droite avait fait l'objet d'une intervention dans le courant de l'été 2012, une seconde intervention devait encore être pratiquée au niveau de l'épaule gauche, dont la date restait à fixer. [endif]> [if> 13. Le 21 décembre 2012, le SMR a estimé que ces pièces ne modifiaient pas les conclusions de son précédent rapport du 12 octobre 2010. [endif]> [if> 14. Par courrier du 21 décembre 2012, l'assuré a adressé à l'OAI un justificatif pour une consultation aux HUG fixée au 4 mars 2013, ainsi que les rapports des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ déjà en possession de l'OAI. [endif]> [if> 15. Par décision du 7 janvier 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations. [endif]> [if> Comparant le salaire que l'assuré recevait en tant que chauffeur livreur en 2011 (CHF 46'800.-) à celui qu'il aurait pu réaliser dans une activité simple et répétitive la même année (CHF 61'733.-), l'OAI a constaté que le degré d'invalidité était nul, même en tenant compte d'un abattement supplémentaire de 10% – pour tenir compte du fait que seules les activités légères restaient désormais possibles. 16. Par courrier du 29 janvier 2013, l'assuré, agissant par l'entremise de son conseil, a signalé à l'OAI qu'il n'avait toujours pas reçu une copie intégrale de son dossier,

malgré sa demande en ce sens. [endif]>[if> 17. Par décision du 31 janvier 2013, l'OAI a donc annulé celle du 7 janvier 2013 et a fait parvenir à l'assuré une copie de son dossier.[endif]>[if> 18. Le 19 mars 2013, l'OAI a rendu une décision identique à celle du 7 janvier 2013.[endif]>[if> 19. Par acte du 6 mai 2013, l'assuré a saisi la Chambre de céans d'un recours en concluant, sous suite dépens, à l'annulation de la décision du 19 mars 2013, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, à celui d'une demi-rente et de mesures professionnelles. [endif]>[if> 20. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 10 juin 2013, a conclu au rejet du recours.[endif]>[if> 21. Par écriture du 5 août 2013, le recourant a complété son recours. [endif]>[if> Le recourant demande l'audition du Prof. H\_\_\_\_\_ et du Dr F\_\_\_\_\_. Plus subsidiairement, il conclut à ce que son droit au reclassement soit constaté ; plus subsidiairement encore, au renvoi de son dossier à l'intimé pour instruction complémentaire. Il fait grief à l'intimé d'avoir insuffisamment instruit son dossier et de s'être fondé uniquement sur le rapport du médecin mandaté par l'assurance perte de gain pour conclure qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il fait valoir qu'il aurait fallu à tout le moins interroger le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil ambulatoire des HUG sur ce point puisque c'est là qu'il a été opéré en juillet 2012, soit postérieurement au rapport d'expertise du Dr E\_\_\_\_\_. A l'appui de sa position, le recourant a produit un avis de sortie du 15 juillet 2013 (faisant suite à son hospitalisation aux HUG du 12 au 15 juillet pour arthroscopie de l'épaule gauche) et l'arrêt de travail y relatif (attestant d'une incapacité de travail complète du 12 juillet au 23 août 2013 ; pièce 4 p. 1-2 recourant). 22. Entendu le 12 septembre 2013 par la Chambre de céans, le Prof. H\_\_\_\_\_, de la clinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur des HUG, a confirmé que le recourant avait été suivi par son service depuis mai 2012, d'abord par le Dr D\_\_\_\_\_, puis par lui-même, depuis le 26 juin 2013.[endif]>[if> Rappelant qu'une première intervention avait été réalisée à droite par le Dr D\_\_\_\_\_ le 20 juillet 2012, le Prof. H\_\_\_\_\_ a indiqué avoir pratiqué une seconde intervention à gauche le 12 juillet 2013. Il a précisé n'avoir alors pas constaté de rupture du tendon, mais une bursite inflammatoire qui a alors été traitée. S'agissant de l'évolution de l'épaule droite, le Prof. H\_\_\_\_\_ l'a jugée satisfaisante, précisant que le recourant avait récupéré une bonne mobilité. Quant à l'épaule gauche, il était trop tôt pour se prononcer. Le Professeur n'en a pas moins estimé qu'au vu des opérations subies, le recourant était toujours totalement incapable d'exercer son activité de livreur, et ce, depuis l'événement à l'origine de la blessure (faux mouvement suite à la chute d'une charge de 20 kg qu'il avait tenté de rattraper). Le diabète du recourant pouvant jouer un rôle dans l'évolution, le témoin n'a pu, en l'état, se prononcer sur ce que pourrait être la capacité de travail de l'assuré par la suite. En revanche, il a pu indiquer que, dans une activité adaptée n'impliquant ni port de charges, ni travail de force et répétitif des membres supérieurs, ni mouvements au-dessus de l'horizontale, la capacité de travail était théoriquement préservée. Le Prof. H\_\_\_\_\_ a indiqué partager les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ s'agissant des limitations fonctionnelles. Enfin, le témoin a expliqué que chacune des interventions avait pour conséquence une totale incapacité de travail, pouvant durer six à douze mois, quelle que soit l'activité manuelle envisagée. 23. Entendu le même jour par la Chambre de céans, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué suivre le recourant depuis le 6 septembre 2011, date à laquelle ce dernier est venu le consulter pour des douleurs à l'épaule et au genou gauches. Il lui a alors prescrit des séances de physiothérapie et des anti-inflammatoires. Ce traitement a suffi jusqu'au 6 février 2012, date à laquelle le recourant est venu le consulter avec une épaule gauche totalement bloquée. [endif]>[if> Le médecin traitant a expliqué n'avoir délivré d'arrêt de travail au

recourant qu'à partir de février 2012, car l'incapacité totale d'exercer le métier de livreur allait de pair avec le blocage de l'épaule ; par ailleurs, c'étaient les IRM pratiquées suite à cette atteinte qui avaient objectivé une rupture de la coiffe des rotateurs des deux épaules. Le Dr F\_\_\_\_\_ a ajouté qu'une intervention à l'épaule, telle que celle subie par le recourant, entraînait une période d'incapacité de trois à six mois au minimum, ponctuée par des séances de physiothérapie et de rééducation. Le médecin en a tiré la conclusion qu'après ce laps de temps suivant la seconde opération, l'assuré pourrait récupérer une capacité de travail dans une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant aucun port de charges. Le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué partager les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ tout en soulignant avoir également fait état de limitations consécutives à une arthrose au genou gauche dans son rapport du 30 juillet 2012, limitations dont il a précisé qu'elles s'ajoutent à celles retenues par le Dr E\_\_\_\_\_ et demeurent d'actualité, malgré une amélioration, due notamment à la cessation de l'activité. 24. Par écriture du 11 octobre 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions.![endif]>![if> De son point de vue, les déclarations des Drs H\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ confirment les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_. Quant aux limitations consécutives à l'arthrose au genou gauche évoquées par le médecin traitant, l'intimé estime qu'elles ne sont pas de nature à permettre l'octroi d'une rente d'invalidité ou de mesures d'ordre professionnel. 25. Dans ses conclusions après enquêtes du 11 octobre 2013, le recourant a quant à lui souligné que s'il devait s'avérer qu'il ne peut prétendre à une rente d'invalidité, il souhaite à tout le moins bénéficier de mesures de réadaptation, en particulier d'un reclassement. ![endif]>![if> Le recourant soutient que son dernier salaire en tant que livreur était nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (son âge avancé, son manque de formation et l'urgence de devoir nourrir sa famille) et en tire la conclusion qu'il faudrait appliquer la méthode de mise en parallèle des revenus pour déterminer son degré d'invalidité. A l'appui de sa position et pour démontrer qu'il ne s'est pas délibérément contenté du salaire brut de CHF 46'800.- servi par son dernier employeur, le recourant produit un extrait de sa déclaration d'impôt 2009 faisant état d'un revenu net de CHF 58'664.- en 2008 (pièce 8 recourant). 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 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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.![endif]>![if> 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). 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). ![endif]>![if> En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné

au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, dès le 1er janvier 2012, 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 ). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).

4. Les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours dans le délai de 30 jours suivant leur notification (art. 56 et 60 LPGA). En l'occurrence, la décision sur opposition a été notifiée au recourant par pli recommandé du 19 mars 2013 et le recourant l'a reçue, selon ses propres déclarations, le 20 mars 2013. Compte tenu des suspensions de délais du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA), le délai de 30 jours a commencé à courir le jeudi 21 mars 2013 et est parvenu à échéance le samedi 4 mai 2013. Cependant, lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 1ère phrase LPGA). En conséquence, posté le lundi 6 mai 2012, le recours a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté qui plus est dans la forme prévue par la loi, le recours est donc recevable (art. 56ss LPGA).

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

6. 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 1er 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. 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. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, lorsqu'il y a eu 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).>![endif]>![if> 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). 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; 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\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 8. 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).>![endif]>![if> 9. En l'espèce, l'intimé, se fondant sur l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, a admis une totale incapacité de travail depuis le 6 février 2012 dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur. Il a en revanche estimé que, dans un emploi adapté, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail depuis le 27 juin 2012.>![endif]>![if> On constate que l'expertise sur laquelle s'est fondé l'intimé repose sur un examen du recourant et l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes du recourant ont été prises en considération. L'expertise est en outre bien motivée, puisqu'elle explique les diagnostics retenus et leurs répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé. Ses conclusions sont

ainsi dûment motivées. Il y a donc lieu reconnaître pleine valeur probante à ce rapport d'expertise, ce que les parties ne contestent pas au demeurant. Entendu par la Chambre de céans, le Dr F\_\_\_\_\_ a certes rappelé que son rapport du 30 juillet 2012 faisait également état de limitations consécutives à une arthrose au genou gauche et que ces limitations s'ajoutaient à celles retenues par le Dr E\_\_\_\_\_ et restaient d'actualité. Il n'en demeure pas moins que ces précisions n'affectent pas la valeur probante du rapport du Dr E\_\_\_\_\_, dont le Dr F\_\_\_\_\_ a déclaré partager les conclusions, tout comme le Prof. H\_\_\_\_\_. 10. Il convient à présent d'examiner la question du degré d'invalidité.!

a) 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174 ).

b) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des statistiques salariales telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa). 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). Lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail. En principe, il n'y a pas lieu d'opérer en plus un abattement lié au handicap. En revanche, un abattement à raison d'autres circonstances (âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) est admissible dans la limite maximale de 25%, car il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_289/2012 du 15 octobre 2012). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, 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 a, dans le cas concret, adopté 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 des assurances sociales 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).

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). d) La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 290/04 du 28 décembre 2004 et les références). Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (par exemple : formation scolaire insuffisante, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques, possibilités limitées de trouver un emploi en raison du statut de saisonnier) et qu'il n'existe pas d'élément permettant d'affirmer qu'il souhaite librement s'en contenter, il convient d'abord d'effectuer une mise en parallèle des deux revenus à comparer, soit en révisant à la hausse le revenu sans atteinte à la santé – par l'augmentation de celui-ci ou par le recours à des données statistiques – soit en revoyant à la baisse le revenu d'invalidité par une diminution correspondante des données statistiques (ATF 134 V 322 consid. 4.1). Le Tribunal fédéral précise que ce n'est que par la mise en parallèle des revenus qu'il est possible de garantir que des écarts salariaux imputables à des circonstances étrangères à l'invalidité soient pris en considération. Cette méthode implique de prendre en compte ou non lesdites circonstances, pourvu que cela touche de manière égale les revenus avec et sans invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.4). Dans les arrêts consécutifs consacrés à cette thématique, le Tribunal fédéral a mis l'accent sur la variante consistant à réviser à la hausse le revenu sans invalidité au moyen de statistiques. Il a toutefois précisé que le revenu (sans invalidité) effectivement réalisé par l'assuré devait être nettement inférieur à la moyenne, c'est-à-dire inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_557/2012 du 25 juin 2013, consid. 4.2). Dans le dernier arrêt cité, qui concernait un aide-monteur en constructions métalliques, victime d'un accident en 2008, le Tribunal fédéral a constaté que l'assuré aurait réalisé, selon les indications de l'employeur, un salaire de 58'500 fr. (4'500 fr. x 13) en 2010, année au cours de laquelle la rente avait pris naissance. Prenant pour référence le revenu réalisé en 2010 par les hommes pour une activité simple et répétitive dans le domaine particulier de la construction (66'268 fr. compte tenu d'un salaire mensuel de 5'310 fr. [ESS 2010, tableau TA1, ch. 41-43] alloué 12 fois l'an et d'un horaire de 41,6 h./sem.), la Haute Cour a considéré que ce revenu statistique dépassait de plus de 5% le salaire qu'aurait réalisé l'assuré. Elle a ajouté que, dans la mesure où il n'y avait pas de raison de penser que l'intéressé désirait s'en contenter délibérément (ATF 134 V 322 consid. 4.1), il convenait de paralléliser les revenus à comparer jusqu'à concurrence de la part excédant le taux minimal déterminant de 5%, ce qui donnait en l'occurrence un revenu sans invalidité de 62'954 fr. (= 66'268 fr. sous déduction de 5% de ce montant). 11. a/aa) Selon l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_557/2012 précité, la mise en œuvre du parallélisme des revenus suppose que le revenu (avant invalidité) effectivement réalisé par un assuré soit inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel de la branche, étant précisé que le Tribunal fédéral a opté pour une détermination dudit salaire statistique au moyen de l'enquête publiée par l'Office fédéral de la statistique (ESS).!endif]>!if> Selon cette dernière source (ESS 2010), le revenu réalisé en 2010 par les hommes dans le domaine « transports et entreposage » pour une activité simple et répétitive était de CHF 57'288.- par année, compte tenu d'un salaire mensuel de CHF 4'774.- alloué 12 fois l'an (TA 1, ch. 49-53). En tenant compte d'un horaire usuel dans ce domaine de 42,4 h./sem. en 2011 (cf. la Vie économique 4-2014, table B 9.2 p. 90) et de

l'évolution des salaires nominaux en 2011 (indexation selon ISS), cela correspond à un revenu annuel de CHF 61'310.- (CHF 4'774.- x 12 = CHF 57'288.- en 2010 pour 40 h./sem. = CHF 60'725.28 en 2010 pour un horaire de 42,4 h./sem. = CHF 61'310.- en 2011). Force est de constater que ce revenu dépasse de plus de 5% le salaire qu'aurait réalisé le recourant dans son dernier emploi en 2011. a/bb) Étant donné que le recourant n'a qu'un CFC de cuisinier, qu'il a travaillé essentiellement en tant que livreur depuis lors, qu'il parle très mal le français (cf. pièce 39, p. 4 intimé) après une scolarité accomplie en Somalie, il y a lieu de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 134 V 322 consid. 4.3), que c'est pour des raisons étrangères à l'invalidité qu'il réalisait un revenu inférieur à la moyenne et qu'il ne s'en contentait pas délibérément. Conformément à la jurisprudence, il convient donc de paralléliser les revenus à comparer à concurrence de la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297 consid. 6.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_557/2012 précité, consid. 4.2), ce qui conduit à un revenu avant invalidité de CHF 58'244.50 (CHF 61'310.- sous déduction de 5% de ce montant). b) S'agissant du revenu d'invalidité, les calculs de l'intimé figurant dans la décision querellée sont conformes aux réquisits jurisprudentiels et ne prêtent donc pas le flanc à la critique. Il reste toutefois à déterminer si une réduction supérieure à celle de 10%, retenue par l'intimé au titre des limitations fonctionnelles se justifie. Le recourant soutient à cet égard que ses douleurs aux épaules constituent un handicap particulièrement important, ce d'autant que sa reconversion, vu notamment son niveau de formation, ne pourra vraisemblablement s'effectuer que dans un domaine manuel. Il estime en conséquence que c'est une réduction d'au moins 20% qui aurait dû être opérée. Dans la mesure où le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6 précité), la Chambre de céans s'abstiendra en principe d'appliquer une réduction supérieure à celle retenue dans la décision querellée. Toutefois, il appert que cette dernière se fonde sur l'avis du SMR du 12 octobre 2012 qui lui-même se réfère exclusivement à l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, lequel n'a pas tenu compte de l'arthrose au genou gauche et des limitations fonctionnelles supplémentaires en découlant, telles que mentionnées par le Dr F\_\_\_\_\_ le 30 juillet 2012. Il se justifie donc d'appliquer une réduction globale de 15% au revenu d'invalidité pour tenir compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles du recourant. En revanche, le recourant ne peut être suivi en tant qu'il inclut – sans plus d'explications – une diminution de rendement de 10% dans ses calculs, dite diminution ne ressortant ni du rapport du Dr E\_\_\_\_\_, ni d'aucune pièce, à l'exception d'une erreur de plume manifeste de l'intimé (cf. pièce 25, p. 1-2 intimé). Si l'on applique une réduction supplémentaire de 15%, le revenu d'invalidité s'établit à CHF 52'616,80 (ESS 2010, TA 1, valeur centrale, hommes : CHF 4'901.- x 12 en 2010, pour 40 h./sem. = CHF 58'812.- en 2010 pour 40 h./sem. = CHF 61'311,50 en 2010 pour 41,7 h./sem. = CHF 61'902,10 à 100% en 2011 après indexation selon ISS). c) Dans la mesure où le revenu sans invalidité se serait élevé à CHF 58'244.50 (CHF 61'310.- - 5%), le taux d'invalidité s'élève à 9,66% en application de la formule habituelle ( $(58'244,50 - 52'616,80) \times 100 / 58'244,50$ ). Il convient de l'arrondir à 10%. 12. Un taux d'invalidité de 10% étant trop faible pour ouvrir droit à une rente, il reste à déterminer si le recourant peut prétendre à une mesure d'ordre professionnel.![endif]>![if> Selon l'art. 8 al. 1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux

mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). On rappellera encore qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), le pourcentage étant calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (RCC 1984, p. 95 et VSI 2000, p. 63). La question d'une quotité minimale reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_464/2009 du 31 mai 2010 et 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). Enfin, 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 (Pratique VSI 5/1994 p. 220 consid. 4a). 13. En l'espèce, le traitement du dossier par l'intimé se résume à une instruction médicale ainsi qu'à la détermination du taux d'invalidité du recourant. Bien que les considérants qui précèdent aient permis de corriger ce taux à la hausse, il n'en reste pas moins que la perte de gain liée à l'invalidité s'établit seulement à 10%, ce qui demeure insuffisant pour pouvoir prétendre un reclassement. Cela étant, dans la mesure où il est constant que le handicap du recourant l'empêche de

poursuivre l'emploi qu'il exerçait jusque-là et réduit le champ des activités possibles, l'intimé ne saurait faire l'économie d'une instruction complémentaire portant sur des mesures professionnelles.![endif]>![if> Attendu que l'instruction du dossier se révèle lacunaire à cet égard, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il instruisse les conditions objectives et subjectives d'une mesure professionnelle autre que le reclassement et qu'il rende une nouvelle décision sur ce point. 14. Le recours est donc admis partiellement et la décision litigieuse annulée en tant qu'elle refuse le droit à des mesures professionnelles, la cause étant renvoyée pour instruction sur ce point et nouvelle décision. Pour le surplus, dite décision sera confirmée en tant qu'elle refuse l'octroi d'une rente et d'un reclassement.![endif]>![if> Représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens [art. 61 let. g LPG et 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE – E 5 10)]. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé. 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.