

## **GE\_GERICHTE A/1619/2014 vom 18. November 2014**

GE Cour de justice, 2014-11-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1619\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1619_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/1619/2014 du 18 novembre 2014

IT: GE\_GERICHTE A/1619/2014 del 18 novembre 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

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 ; concernant la procédure, 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]). Les faits pertinents dans la présente affaire se sont produits depuis le 11 novembre 2011, date de l'accident de scooter qu'a eu le recourant. Le traumatisme que ce dernier avait subi le 23 juin 1998, pour lequel il avait été opéré en 2000, n'avait pas entraîné d'invalidité ; le recourant avait pu reprendre son activité professionnelle à 100%. Depuis le 11 novembre 2011, la LAI a subi les modifications de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4<sup>ème</sup> révision] et 6 octobre 2006 [5<sup>ème</sup> révision] sont entrées en vigueur respectivement les 1<sup>er</sup> janvier 2004 et 1<sup>er</sup> janvier 2008). Le droit éventuel aux prestations doit donc être examiné en l'espèce au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 11 novembre 2011 au 31 décembre 2011, et au regard du nouveau droit pour la période ayant débuté le 1<sup>er</sup> janvier 2012, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ). Cela étant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité, pas plus d'ailleurs que celles des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> révisions de la LAI (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). Aussi n'y a-t-il pas de différenciation à faire en l'espèce dans la détermination de l'invalidité du recourant pour les périodes respectives de novembre à décembre 2011 et de janvier 2012 à avril 2014 (mois au cours duquel la décision attaquée a été rendue). Par ailleurs, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications qu'a apportées la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

#### **E. 3**

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). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain. Est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). Les deux approches sont combinées pour juger de l'invalidité d'une personne dont l'atteinte à la santé impacte à la fois sa capacité de gain et sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, d'une façon relevante parce que même à défaut d'une telle atteinte ladite personne n'exercerait une activité lucrative qu'à temps partiel. La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est en tout état 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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). b) L'invalidité n'en comprend pas moins un aspect médical, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, psychique ou mentale. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, 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). c) 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert

aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

#### **E. 4**

a) En l'espèce, à l'initiative du SMR ayant pris en compte les avis du médecin traitant du recourant, l'OAI a fait expertiser ce dernier par un spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Dans son rapport d'expertise du 16 décembre 2013, cet expert a posé un diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche comme ayant une répercussion sur la capacité de travail, et celui de status post-plastie acromio-claviculaire gauche sans répercussion sur la capacité de travail, et il a estimé que la capacité de travail du recourant était de 100% à partir du 1<sup>er</sup> mars 2012 dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles consistant à ne devoir ni porter des charges de plus de cinq kilos ni soulever le membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale. De son côté, le médecin traitant du recourant, dans un rapport du 23 mai 2014, a émis l'avis que l'incapacité de travail du recourant était totale, qu'une expertise pourrait être utile pour faire une évaluation globale du recourant, et que les limitations fonctionnelles de ce dernier justifiaient un abattement d'au moins 50% sur son revenu avec invalidité. b) À la vérité, ledit médecin traitant n'avance pas d'élément médical pertinent qui puisse justifier un complément d'instruction, mais fait part de la perplexité que lui suggère le cas du recourant. Déjà dans les certificats médicaux qu'il avait établis les 5 juin 2012 et 5 novembre 2012, il indiquait,

au demeurant en faisant état d'une incapacité de travail de 50% (et non de 100%), respectivement que les bilans complémentaires ne donnaient aucune pathologie clairement définie à l'origine des plaintes douloureuses chroniques du recourant, et que l'état du recourant était stabilisé, sans perspective de sensibles progrès. Selon son rapport du 23 mai 2014, le bilan radiologique complémentaire effectué (à savoir une arthro-IRM et un ENMG) ne montrait aucune atteinte anatomique pouvant expliquer la persistance des douleurs, et les tests d'infiltration qu'il avait effectués s'étaient révélés négatifs ; il était difficile de traiter ledit patient présentant « une forme d'épaule gelée frustrée non-évolutive, avec des douleurs chroniques pour lesquelles tous les moyens diagnostics utilisés ne permettent pas de progresser, ni dans la compréhension de l'origine des lésions, ni dans l'efficacité de la thérapeutique », et le pronostic de ce patient était défavorable. Ledit médecin estimait le recourant totalement incapable de travailler, d'ailleurs sans indiquer ce qui l'amène à retenir que sa capacité de travail a passé de 50% à 0%. En l'absence d'élément médical un tant soit peu étayé, il n'y a pas lieu de retenir qu'un volet somatique ou psychiatrique aurait passé inaperçu tant au médecin traitant du recourant qu'au spécialiste l'ayant expertisé (et aux médecins du SMR), au point qu'il faudrait ordonner des investigations complémentaires. De tels éléments seraient d'ailleurs postérieurs à la décision attaquée, et donc en principe soustraits à la connaissance de la chambre de céans, mais pourraient le cas échéant être investigués dans le cadre d'une demande de révision (art. 53 al. 1 LPGA). c) S'il y a divergence entre l'expert et le médecin traitant sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant, il n'apparaît en revanche pas de divergence marquée sur le diagnostic. Quoi qu'il en soit, il appert que l'expertise qu'a effectuée le Dr K\_\_\_\_\_, sur les conclusions de laquelle, partagées par les médecins du SMR, l'OAI s'est fondée pour rendre la décision litigieuse, est en tout point conforme aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante de rapports médicaux et en particulier d'expertises. Elle se fonde en effet sur un examen clinique du recourant, sur l'étude de son dossier médical et sur des documents d'imagerie médicale. Elle tient compte des plaintes du recourant et contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées. L'appréciation du Dr K\_\_\_\_\_ permet de comprendre la nature et les causes des limitations fonctionnelles du recourant. Elle émane au surplus d'un spécialiste indépendant de l'office intimé ; rien dans son approche du cas du recourant, son rapport et ses conclusions ne soulève un soupçon de partialité. La chambre de céans n'a donc aucune raison de s'écarter des conclusions de son expertise. Elle retient donc que, du point de vue médical, la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle avait certes été de 0% du 11 novembre 2011 au 31 janvier 2012, puis de 50% du 1<sup>er</sup> février 2012 au 17 octobre 2013, puis de 100% dès le 18 octobre 2013, mais que sa capacité de travail était de 100% à partir du 1<sup>er</sup> mars 2012 dans une activité adaptée s'il ne devait ni porter plus de cinq kilos, ni devoir soulever le membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale.

## **E. 5**

a) Dès lors que - toutes conditions dont la réalisation n'est contestée ni par l'OAI ni par le recourant - la capacité de gain de ce dernier ne peut pas être rétablie ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (art. 28 al. 1 let. a LAI), que l'atteinte à la santé subie par le recourant a provoqué une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA (à savoir une perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui), et ce d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), et qu'au surplus au terme de cette année il subsiste une atteinte à la santé ayant

un effet sur la capacité de gain, ne serait-ce que sous la forme de limitations fonctionnelles dans une activité adaptée, il faut examiner s'il en résulte une invalidité, au sens de l'art. 8 LPGA (consid. 3.a), de 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI). Ce taux-ci est le taux minimal devant être atteint pour qu'une rente d'invalidité soit allouée, à savoir un quart de rente jusqu'à un taux d'invalidité de 49%, une demi-rente pour un taux d'invalidité de 50% à 59%, un trois quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60% à 69%, et une rente entière dès un taux d'invalidité de 70% (art. 28 al. 2 LAI). b) Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). L'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En l'espèce, le recourant doit se voir reconnaître le statut d'un salarié à plein temps. Aussi faut-il appliquer la méthode générale de comparaison des revenus.

## **E. 6**

a) La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans invalidité et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174 ). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu

d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires, réalisée par l'Office fédéral de la statistique (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). b) La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. 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'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

## **E. 7**

a) En l'espèce, sur la question des revenus sans et avec invalidité, le recourant ne conteste guère que le taux d'abattement de 10% appliqué par l'office intimé au revenu d'invalide qu'il a retenu, estimant que ce taux devait être au moins de 50%. Or, la déduction maximale admise par la jurisprudence est de 25%. La prétention du recourant à l'obtention d'un abattement de 50% procède sans doute d'une méconnaissance de la jurisprudence, sinon - comme le suppose l'office intimé - d'une confusion avec la capacité de travail, ou alors d'une espérance irréaliste d'obtenir par le biais d'un abattement substantiellement ce à quoi il n'aurait pas droit sous l'angle de la capacité de travail devant lui être reconnue. Il n'y a pas dans le dossier d'élément - et le recourant lui-même n'en avance pas - qui justifierait de s'écarter du taux de 10% retenu par l'office intimé. Les limitations fonctionnelles du recourant ne sont pas telles que le recourant, âgé par ailleurs de 42 ans seulement, établi en

Suisse depuis bientôt une vingtaine d'années et au bénéfice d'un permis d'établissement, ne pourrait pas mettre en œuvre sa capacité de travail dans une mesure affectant davantage sa capacité de gain. b) La chambre de céans retient donc ce taux d'abattement de 10%, de même d'ailleurs qu'un revenu hypothétique sans invalidité de CHF 57'061.- (soit le revenu actualisé pour 2012 du revenu de CHF 53'384.- réalisé par l'assuré en 2007) et un revenu avec invalidité sans abattement de CHF 62'217.- (correspondant au revenu d'un homme travaillant à 100% dans une activité de niveau 4, consistant en des activités simples et répétitives, d'après l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires 2012, tableau TA1, réalisée par l'Office fédéral de la statistique, applicable à titre d'activité adaptée susceptible d'être exercée par l'assuré), donc, avec un abattement de 10%, un revenu avec invalidité de CHF 55'995.-. Il s'ensuit que la perte de gain du recourant est de CHF 1'066.- par année (soit CHF 57'061.- - CHF 55'995.-). Elle représente le 1,868% du revenu hypothétique sans invalidité ( $(1'066.-/57'061.-)/100$ ). C'est le lieu de relever que, pour déterminer le degré d'invalidité selon la méthode de comparaison des revenus, c'est la perte de gain (et non le revenu avec invalidité après abattement) qui doit être mise en rapport avec le revenu hypothétique sans invalidité, contrairement à ce que le recourant retient dans son recours. Le résultat exact du calcul doit ensuite être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3, modifiant la jurisprudence publiée aux ATF 127 V 129, consid. 3). Le taux d'invalidité du recourant est donc de 2%. Un tel taux n'ouvre pas de droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI), ni d'ailleurs non plus – sied-il de préciser dès lors que la décision attaquée refuse aussi des mesures de reclassement, et bien que le recourant n'émette pas de contestation ni de prétention à ce sujet - le droit au reclassement dans une nouvelle profession (art. 17 LAI), qui suppose une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). c) Pour information, il sied d'indiquer au recourant qu'avec un taux d'abattement maximal de 25% sur le revenu d'invalidité, on obtiendrait un revenu d'invalidité après abattement de CHF 46'662.75 (CHF 62'217.- - 25%), donc une perte de gain de CHF 10'398.25 (soit CHF 57'061.- - CHF 46'662.75), représentant un degré d'invalidité de 18,223%, à arrondir à 18%. Il serait donc loin d'atteindre le degré minimal de 40% d'invalidité requis pour avoir droit à un quart de rente. ![/endif]>![if>

## **E. 8**

a) Le recours est entièrement mal fondé. Il sera rejeté. b) En dérogation à la règle générale voulant que la procédure devant la chambre de céans soit gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA), l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit que la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances [soit, dans le canton de Genève, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ)] soit soumise à des frais de justice, le montant des frais susceptible d'être mis à la charge des parties dans une telle procédure devant se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (cf. aussi art. 89H al. 4 LPA). En l'espèce, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant. Vu l'issue donnée au recours, il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure (art. 89H al. 3 LPA). 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.