

# GE\_GERICHTE A/35/2017 vom 22. August 2017

GE Cour de justice, 2017-08-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_35\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_35_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/35/2017 du 22 août 2017

IT: GE\_GERICHTE A/35/2017 del 22 agosto 2017

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié c/o Madame B\_\_\_\_\_, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1965, a travaillé en tant que gestionnaire en logistique. Il a perçu des indemnités de chômage dès 2012. 2. L'assuré a subi un accident de la circulation en janvier 2012. Selon les notes du 25 janvier 2012 du docteur C\_\_\_\_\_, médecin à l'Hôpital de la Tour, il a souffert d'un traumatisme crânien sans perte de connaissance ni amnésie circonstancielle. Le scanner avait permis d'exclure une lésion cérébrale et cervicale. 3. La doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué dans son rapport du 14 juin 2013 que l'assuré présentait dans les suites de l'accident de la circulation des paresthésies sous forme de fourmillements de la main droite, à prédominance palmaire, irradiant le long de la face antéro-interne de l'avant-bras droit et remontant jusqu'au niveau du coude. Ces fourmillements étaient associés à une baisse de la sensibilité superficielle et accompagnés de lâchages fréquents ainsi que d'imprécision, notamment lorsque l'assuré voulait utiliser sa souris d'ordinateur. Il signalait en outre des symptômes pouvant évoquer un syndrome post commotionnel, incluant des céphalées, des vertiges occasionnels, des troubles attentionnels, une irritabilité, une sensibilité aux bruits, ainsi qu'une certaine anxiété et des insomnies. À l'examen, la neurologue constatait des troubles de la sensibilité. Elle pensait que l'assuré présentait essentiellement une atteinte dans les territoires radiculaires des nerfs cubital, médian, radial, ainsi que du brachial interne, évoquant une atteinte pluri-radiculaire, voire tronculaire. L'assuré serait convoqué pour subir un électroneuromyogramme (ENMG). 4. Le 19 juin 2013, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a pratiqué un ENMG qui s'est révélé normal. Il ne relevait pas d'anomalie au status, ce qui plaidait en faveur d'une origine non neurologique des symptômes. Il avait rassuré l'assuré sur le pronostic de récupération, lequel était excellent. 5. Dans une lettre de sortie du 6 septembre 2013, les médecins du Service de neuro-rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) où l'assuré a séjourné du 2 au 28 août 2013, ont diagnostiqué un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique du territoire sylvien superficiel et fronto-pariétal gauche survenu le 20 juillet 2013, avec minime transformation hémorragique d'origine indéterminée, aphasie de Broca en amélioration, agraphie, troubles exécutifs légers à modérés, hémisyndrome moteur et sensitif droit à prédominance brachiale en amélioration, et quadranopsie inférieure droite périphérique régressive. Durant le séjour, l'évolution neurologique avait été favorable, avec une amélioration progressive de la dextérité et de la force du membre supérieur droit, fonctionnel mais restant déficitaire par rapport au membre supérieur gauche. L'assuré était indépendant pour la marche, la montée

et la descente des escaliers, ainsi que pour les activités de la vie quotidienne, y compris les activités de cuisine. En fin de séjour, la prise en charge neuropsychologique avait permis d'observer une nette régression des troubles exécutifs, de l'agraphie et de l'aphasie. Cependant, la reprise du travail ne semblait pas envisageable pour le moment, raison pour laquelle un suivi en ergothérapie préprofessionnelle était proposé. De même, un suivi ponctuel en neuropsychologie était indiqué. En ce qui concernait la gestion administrative, une supervision était indiquée. La reprise de la conduite automobile était contre-indiquée en raison de la quadranopsie inférieure droite et des troubles persistants de l'attention divisée. La capacité de travail était nulle, à réévaluer. ![/endif]>![if > 6. Dans son rapport du 10 octobre 2013, la doctoresse F\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au Service de neuro-rééducation des HUG, a posé les diagnostics de séquelles d'AVC ischémique du territoire sylvien superficiel et fronto-pariétal gauche, avec des troubles de l'attention modérés, des troubles exécutifs légers en amélioration, une discrète agraphie avec erreurs d'origine mixte, une quadranopsie inférieure droite périphérique régressive, des troubles de la sensibilité profonde et superficielle du membre supérieur droit en régression et une suspicion de migraines avec aura. L'assuré se plaignait d'une hyposensibilité de la main droite, se manifestant notamment par des difficultés dans les tâches de motricité fine, par exemple boutonner un vêtement ou attraper de petits objets. Il notait encore quelques troubles de l'équilibre en se déplaçant. Au niveau visuel, il avait l'impression de mieux compenser le déficit du champ visuel droit. Une certaine fatigabilité persistait, notamment pendant la lecture, à cause du champ visuel diminué. L'écriture restait difficile mais était nettement améliorée par rapport à la sortie du service. L'assuré rapportait encore quelques difficultés à articuler certains mots dans certaines situations. Depuis son hospitalisation, il souffrait de céphalées en casque, de type tensionnel, d'intensité variable, répondant bien au Dafalgan®. Elles étaient présentes tous les jours, associées à une phono- et une photophobie et aggravées par la mobilisation, sans nausées ou vomissements. Au vu des troubles neuropsychologiques persistants, la reprise de la conduite automobile n'était pour l'heure pas envisageable. ![/endif]>![if > 7. Dans un rapport du 28 octobre 2013, le docteur G\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de neurologie des HUG, a indiqué que l'assuré avait été hospitalisé en juillet 2013 en raison d'un AVC ischémique frontal gauche, dont l'origine était indéterminée. L'évolution clinique était plutôt favorable malgré quelques discrets troubles exécutifs et de la lecture. Il existait également une quadranopsie homonyme latérale inférieure droite, source d'angoisses importantes pour l'assuré. La problématique majeure était d'ordre social et la situation paraissait compliquée. L'assuré vivait chez sa mère. ![/endif]>![if > 8. L'assuré a subi un examen neuropsychologique aux HUG en date du 19 novembre 2013, lequel a mis en évidence au premier plan des troubles attentionnels légers à modérés (distractibilité, altération de l'attention soutenue) engendrant une diminution de la mémoire à court terme et de travail verbale, ainsi qu'une tendance à la logorrhée et à la précipitation, des erreurs phonologiquement plausibles en expression écrite, et une diminution de la détection de stimuli dans l'hémichamp droit, explicable par la quadranopsie. Comparativement au dernier bilan réalisé en août 2013, une amélioration au niveau de l'attention divisée et de la résolution de problèmes complexes était observée, ainsi qu'une diminution de la logorrhée, de la distractibilité et de la précipitation. ![/endif]>![if > 9. Dans son rapport du 19 décembre 2013, la Dresse F\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics qu'elle avait posés en octobre 2013. L'évolution clinique à cinq mois de la survenue de l'AVC continuait à être favorable. Il persistait des troubles attentionnels légers à modérés engendrant une diminution de la mémoire à court terme et du travail verbale,

ainsi qu'une quadranopsie inférieure droite. Au niveau sensitivo-moteur, l'assuré montrait une bonne évolution de la motricité fine avec une récupération progressive des troubles de la sensibilité profonde et superficielle. Les céphalées tensionnelles avaient disparu. L'assuré percevait des indemnités de chômage et ne souhaitait pas reprendre son ancienne activité dans la logistique, mais suivre une réorientation professionnelle. Actuellement, il envisageait de continuer sa formation dans le reiki. Vu l'évolution clinique favorable, la Dresse F\_\_\_\_\_ estimait que les déficits neuropsychologiques multimodaux et les troubles sensitifs du membre supérieur droit en lien avec la survenue de l'AVC ischémique montraient un bon potentiel de récupération avec une prise en charge de neurorééducation ambulatoire intensive. ![/endif]>![if> 10. Dans un rapport du 7 janvier 2014, la docteure H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, a indiqué qu'à sa grande surprise, la quadranopsie avait disparu. Elle n'avait ainsi pas d'argument ophtalmologique pour interdire la conduite à l'assuré.![endif]>![if> 11. L'assuré a été hospitalisé au Service de psychiatrie des HUG du 6 au 17 février 2014 à la suite d'une tentative de suicide. Les médecins ont retenu un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2). Au début du séjour, il pleurait beaucoup et exprimait des idées dépressives de culpabilité envers ses enfants. À la sortie, il ne présentait plus de troubles de l'attention ou de la concentration. La thymie s'était améliorée, il n'y avait plus d'idées noires ou suicidaires.![endif]>![if> 12. Le 30 mai 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), invoquant l'AVC survenu.![endif]>![if> 13. Dans son rapport du 16 juin 2014, la docteure I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et pharmacologie, a diagnostiqué un AVC avec répercussions sur la capacité de travail. L'assuré présentait une difficulté à contrôler les mouvements de la main droite et du champ visuel, actuellement peu gênante. L'incapacité de travail était totale depuis le 18 juillet 2013. L'activité exercée n'était plus exigible. Ce médecin a indiqué que la réponse était réservée s'agissant de la reprise du travail. Une activité encadrée serait souhaitable, à visée ergothérapeutique. L'assuré était limité dans ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et dans sa résistance. En raison du traitement anti-coagulant, il fallait prêter attention aux risques de blessures. ![/endif]>![if> 14. Dans son rapport reçu le 30 juin 2014 par l'OAI, le Dr G\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un AVC d'origine indéterminée le 19 juillet 2013 et un syndrome dépressif réactionnel majeur avec répercussion sur la capacité de travail. S'agissant de la capacité de travail, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle devait être évaluée en fonction de la rééducation. L'activité était encore exigible, à un taux à déterminer par le psychiatre. L'assuré n'avait pas de restrictions physiques mais cognitives, avec des troubles phasiques en amélioration. Les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation et la résistance étaient limitées tant par l'AVC, évoluant favorablement, que par le trouble dépressif.![endif]>![if> 15. Selon le questionnaire rempli par l'employeur le 6 février 2015, l'assuré avait réalisé un revenu de CHF 79'020.- par année en 2011 et 2012 en tant qu'employé de production logistique. L'employeur avait mis un terme au contrat de travail avec effet au 30 avril 2012. ![/endif]>![if> 16. Dans son rapport du 24 juillet 2015, la Dresse I\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire depuis un an. Ses limitations fonctionnelles consistaient en des troubles attentionnels et une maladresse de la main droite. La capacité de travail était nulle en tant que logisticien et de 50 % dans une autre activité, telle que la manutention sans risque de coupure. La compliance était optimale. Il n'y avait pas de troubles psychiques nécessitant une prise en charge psychiatrique.![endif]>![if> 17. L'OAI a confié une expertise aux docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, K\_\_\_\_\_, spécialiste

FMH en neurologie, L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, complétée par un examen neuropsychologique réalisé par Madame M\_\_\_\_\_, neuropsychologue. [endif]>[if> Dans leur rapport du 30 juin 2016, les experts ont relaté qu'ils avaient vu l'assuré les 7, 8 et 9 mars 2016. Ils ont résumé son dossier et l'ont interrogé sur son historique médical. L'assuré a notamment indiqué avoir achevé son traitement psychothérapeutique en décembre 2014. Il se sentait depuis guéri de son état dépressif et avait « soif de vivre et de travailler ». Il ne se sentait pas capable de travailler à 100 % mais ne saurait dire à quel pourcentage il pourrait être actif. Il signalait un trouble de la concentration, une fatigabilité et une perte de la sensibilité au niveau de sa main droite, symptômes qu'il attribuait à l'AVC. Il se plaignait d'être vite fatigué et d'avoir de la peine à se concentrer. Il mentionnait un trouble visuel de l'œil droit persistant, sans qu'il puisse en préciser l'importance, ainsi qu'un manque d'équilibre avec sensation d'ébriété. Il souhaitait un stage d'observation afin de déterminer les activités potentielles envisageables. À l'issue des examens cliniques et neuropsychologique, dont les experts ont consigné les résultats, ils ont retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de troubles exécutifs et attentionnels modérés à sévères, légères difficultés langagières et visuo-constructives en relation avec l'AVC et de troubles sensitifs hémicorporels droits à prédominance distale et brachiale partiellement en relation avec l'AVC et sans explication somatique évidente pour le reste. Ils ont également retenu les atteintes suivantes, sans incidence sur la capacité de travail : status après AVC ischémique sylvien superficiel gauche avec aphasie de Broca, troubles attentionnels et dysexécutifs, quadranopsie inférieure droite et troubles sensitivomoteurs hémicorporels droits ; status après luxation de l'épaule droite suivie de troubles sensitifs distaux du membre supérieur droit restés sans explication neurologique (janvier 2012) ; probable trouble de la personnalité sans précision (F 60.9) présent depuis le début de l'âge adulte ; épisode dépressif sévère en rémission depuis fin 2014 ; hypertension artérielle traitée depuis 2013 ; hypercholestérolémie traitée depuis de nombreuses années ; accident sur la voie publique en 2012 (luxation gléno-humérale droite réduite sous anesthésie générale) ; ostéochondrose L5-S1 avec protrusion discale L4-L5 et L5-S1 (2001) ; dissectomie C6-C7 gauche en 2001 pour hernie discale ; ménissectomie interne du genou droit en 1995 ; exérèse de la 1<sup>ère</sup> côte pour syndrome du défilé thoracique droit en septembre 1992 ; et fracture de la malléole interne gauche de nombreuses années auparavant. Au plan de la médecine interne, l'examen du Dr J\_\_\_\_\_ était normal, en dehors d'une douleur en fin de rotation postérieure de l'épaule droite et d'une douleur au niveau du ligament latéral interne du genou gauche, sans notion de traumatisme. L'hypertension artérielle était traitée et bien compensée. L'atteinte arthrosique au niveau de la colonne lombaire était bien gérée par l'assuré, qui faisait régulièrement des exercices chez son physiothérapeute et ne se disait pas gêné dans ses activités habituelles. Elle ne représentait pas un caractère incapacitant. Sur le plan neurologique, l'examen révélait une limitation de la mobilité de la nuque sans provocation de douleurs ou de paresthésies, et des troubles sensitifs superficiels et profonds distaux des membres supérieur et inférieur droits, à nette prédominance brachiale, chez un assuré utilisant normalement son membre supérieur droit durant l'entretien et l'examen, et ne présentant pas de trouble de la marche et de l'équilibre. L'expert n'avait pas eu accès aux documents radiologiques mais avait pris note du fait que les examens pratiqués aux HUG avaient mis en évidence les signes d'un AVC ischémique sylvien superficiel gauche avec à l'angio-scanner un thrombus dans la partie distale de l'artère cérébrale moyenne gauche, dont l'origine était restée incertaine bien qu'elle fût vraisemblablement cardio-embolique selon les neurologues des HUG.

Compte tenu de ces éléments, on pouvait conclure que l'assuré avait effectivement présenté en juillet 2013 un AVC ischémique sylvien gauche, d'évolution favorable, n'entraînant pour l'heure pas de gêne significative dans les activités quotidiennes d'un point de vue strictement neurologique – sous réserve des éventuelles anomalies neuropsychologiques – avec également disparition à l'examen sommaire des troubles visuels. Le traitement était tout à fait adapté. S'agissant des troubles sensitifs au niveau de la main droite, ces derniers préexistaient à l'AVC de juillet 2013 et restaient sans explication claire, au vu de la normalité des examens pratiqués. Il était possible qu'il y ait en partie des séquelles de l'AVC dans les troubles sensitifs constatés actuellement, mais cela ne pouvait être affirmé, les neurologues ayant examiné l'assuré préalablement à l'AVC n'ayant pu déterminer de cause neurologique aux troubles et ayant évoqué la possibilité d'éléments psychogènes. Les troubles constatés ne représentaient pas une cause d'incapacité de travail dans l'activité de gestionnaire de stocks. Les limitations fonctionnelles à retenir étaient une activité nécessitant une utilisation de force et répétitive du membre supérieur droit ainsi qu'une dextérité bimanuelle importante chez un droitier. Du point de vue neuropsychologique, l'examen mettait en évidence une atteinte légère à moyenne selon les critères de l'Association Suisse des Neuropsychologues, à savoir une ou deux sous-fonctions cognitives nettement réduites et les autres légèrement diminuées, atteinte caractérisée par des troubles exécutifs et attentionnels modérés à sévères au premier plan, associés à de légères difficultés langagières et visuo-constructives. Les capacités de compréhension orale et écrite, les fonctions praxiques idéomotrices etgnosiques visuelles, la mémoire antérograde et rétrograde autobiographique étaient préservées, de même que les capacités de raisonnement verbal. On ne relevait pas de signe d'hémiparésie visuelle ou d'atteinte du champ visuel. Le tableau neuropsychologique de l'assuré, dont l'attitude et les résultats ne montraient pas d'éléments de surcharge ou de défaut d'effort, était compatible avec des séquelles hémisphériques gauches consécutives à l'AVC survenu en juillet 2013. La fatigabilité et les troubles attentionnels étaient des symptômes fréquents décrits à la suite d'un AVC, pouvant persister à long terme et entraver la reprise d'une activité professionnelle exigeant un rendement. Dans le cadre de l'expertise, l'assuré avait clairement montré des signes de fatigue après deux heures d'examen, lesquels s'étaient intensifiés au cours du temps et avaient engendré un certain agacement chez lui, alors que la nosognosie de la répercussion de cette fatigabilité sur le fonctionnement cognitif était insuffisante. En effet, bien que l'assuré exprime ne plus parvenir à se concentrer sur les tests attentionnels informatisés proposés en fin d'évaluation, il déclarait ne pas comprendre l'utilité de les faire au terme de l'examen. Les limitations liées aux troubles exécutifs et attentionnels étaient une diminution de l'autonomie dans la gestion de tâches complexes avec une sensibilité aux interférences et la survenue d'erreurs. En raison de la faible mémoire de travail et des difficultés en attention divisée, l'assuré n'était pas en mesure de gérer plusieurs activités en même temps (prendre des notes lors de commandes de matériel, retenir des séries de chiffres lors de comparaisons de références d'articles, par exemple), notamment sous contrainte temporelle, et d'effectuer plusieurs tâches données à la suite en tenant compte des priorités (par exemple respect des délais). Il était ainsi préférable de lui donner une tâche à faire à la fois et d'éviter les situations de stress. Par ailleurs, il présentait un ralentissement et une fluctuation de la vitesse de traitement de l'information qui ne lui permettaient pas d'entreprendre des tâches nécessitant un rendement soutenu, notamment si elles requéraient une bonne motricité fine. Compte tenu des séquelles au niveau du langage écrit, l'assuré ne devrait pas être confronté à des tâches exigeant aisance et rapidité sur le

plan de l'écriture (éviter les prises de notes) et de la lecture de consignes complexes. Finalement, la nosognosie partielle des conséquences des troubles cognitifs sur la reprise d'une activité professionnelle pouvait constituer un frein dans le processus d'adaptation à des changements de poste de travail. Les ressources de l'assuré consistaient en de bonnes capacités en compréhension orale et écrite. Les consignes pouvaient ainsi être données par oral ou par écrit, pour autant qu'elles soient explicites. L'assuré présentait de bonnes capacités mnésiques antérogrades, lui permettant d'apprendre sans difficulté de nouvelles informations et procédures (par exemple pour une réorientation professionnelle), ainsi que de bonnes capacités de raisonnement verbal. Il était apte à assumer des tâches sollicitant les aptitudes visuo-perceptives (lecture de plans et schémas simples) et à réaliser des calculs oraux et écrits. Par conséquent, sur le plan strictement neuropsychologique, il pourrait reprendre une activité à plein temps, à condition que celle-ci ne requière pas la gestion simultanée de multiples tâches (organisation ou planification avec respect de contraintes, prise en compte de priorités), qu'elle ne sollicite pas de manière prolongée la mémoire de travail (maintien de l'information pendant son traitement), qu'il n'y ait pas de forte exigence de rendement et qu'elle n'exige ni une bonne motricité fine ni une aisance sur le plan de l'écriture. Un poste à responsabilités ne serait donc pas adapté. Du point de vue psychiatrique, l'assuré ne se sentait plus déprimé depuis 2014, mais il rencontrait des difficultés d'endormissement, se sentait particulièrement fatigable, avait des difficultés de concentration et de mémoire. Il pensait être plus sensible aux événements dans le monde depuis son AVC. Il disait ne jamais avoir eu de problème relationnel dans les différents postes occupés ou dans sa vie privée. Il se montrait particulièrement sensible à l'injustice, et pensait en avoir été régulièrement victime dans sa vie professionnelle et privée. Il était en froid avec ses sœurs depuis des années, se sentait délaissé par ses deux enfants et se disait très sélectif dans le choix de ses amis. Il était resté actif dans sa vie quotidienne et n'était pas replié socialement. Il conduisait sur de courts trajets, car il craignait de ne pas être assez concentré. L'examen psychiatrique montrait un homme euthymique. Il était révolté contre la société et un certain nombre de personnes. Il lui arrivait régulièrement de dériver sur ses thèmes de prédilection : le fait qu'on ait voulu profiter de lui (son maître d'apprentissage, différents employeurs), le sentiment d'injustice, le sentiment de ne pas avoir été soutenu par son entourage familial lorsqu'il était malade (ses enfants), et il devait régulièrement être recadré. Il se montrait réticent à évoquer sa relation avec son père ou la période durant laquelle il était dépressif. Il semblait avoir de la difficulté parfois à trouver certains mots, devait paraphraser ou s'y reprendre à deux ou trois reprises pour bien prononcer le mot. Il semblait parfois perdre le fil de son discours. Concernant les ressources personnelles de l'assuré, le psychiatre a noté qu'il avait pu obtenir un CFC en 2009 et semblait motivé à reprendre une activité professionnelle. Il avait en outre pu réinvestir une relation sentimentale depuis 18 mois. Du point de vue psychiatrique, une activité de réinsertion était exigible, mais non indiquée. Le traitement psychiatrique de l'épisode dépressif avait été bien mené. Actuellement, un suivi psychiatrique n'était pas indiqué. En conclusion, l'épisode dépressif à l'origine d'une tentative de suicide et d'une hospitalisation en hôpital psychiatrique était en rémission depuis fin 2014. Il existait plusieurs traits de personnalité pathologiques : l'assuré était revendicateur, particulièrement sensible à l'injustice, il avait eu un certain nombre de problèmes relationnels dans sa vie. Le Dr N\_\_\_\_\_ retenait un diagnostic de probable trouble de la personnalité sans précision (F 60.9), présent depuis le début de l'âge adulte. Il n'y avait cependant pas de limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique pour l'heure. Dans leur synthèse, les experts ont rappelé les limitations

fonctionnelles relevées dans le volet neuro-psychologique. La capacité de travail en tant que gestionnaire de stocks était théoriquement possible à plein temps avec un rendement avoisinant les 100 % du point de vue neurologique, bien que l'assuré puisse être gêné dans les activités nécessitant une dextérité manuelle particulièrement importante, en raison de troubles sensitifs à l'étiologie indéterminée. Sur le plan neuropsychologique, l'activité de gestionnaire de stocks pouvait être entravée par le ralentissement global et à l'écriture et à la lecture, ainsi que par les troubles attentionnels et exécutifs, et notamment les difficultés de gestion de tâches complexes (avec respect des priorités) avec une sensibilité aux interférences et la survenue d'erreurs. L'activité de gestionnaire de stock était exigible à 100 % avec une diminution du rendement de 30 % en raison du manque de dextérité manuelle, des troubles sensitifs et des troubles neuropsychologiques. Cette incapacité remontait en théorie à la luxation de l'épaule, apparemment en janvier 2012. Néanmoins, c'était essentiellement depuis le 20 juillet 2013 que l'essentiel des troubles s'était manifesté, alors que l'assuré ne travaillait plus depuis plus d'un an. L'assuré pourrait reprendre une activité de gestionnaire de stocks, laquelle était adaptée, ou toute activité ne requérant pas la gestion simultanée de multiples tâches (organisation / planification avec respect de contraintes, prise en compte de priorités), ne sollicitant pas de manière prolongée la mémoire de travail (maintien de l'information pendant son traitement), n'ayant pas de forte exigence de rendement ni d'aisance sur le plan de l'écriture. Un poste à responsabilités ne serait donc pas adapté. La conduite automobile devrait être réévaluée. Il fallait également que l'activité exercée ne nécessite pas de dextérité bimanuelle particulièrement importante ni l'utilisation de force répétitive du membre supérieur droit. Un environnement de travail calme, sans stress et dans une petite entreprise, était souhaitable. L'activité adaptée était exigible à plein temps avec une diminution de rendement de 30 % depuis environ octobre 2013. 18. Dans son avis du 23 septembre 2016, la doctoresse O\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a repris les conclusions de l'expertise. 19. Le 29 septembre 2016, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel ce dernier présentait une capacité de travail entière dans toute activité depuis octobre 2013 selon le SMR, avec une diminution de rendement 30 % qui tenait compte de ses limitations fonctionnelles et déterminait son degré d'invalidité. Ce taux ne donnait pas droit à une rente, et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées dès lors que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle. 20. Selon une note d'entretien téléphonique du 9 novembre 2016, l'OAI a informé l'assuré que ce dernier devait apporter des documents médicaux étayant ses allégations s'il contestait l'appréciation des experts. Il lui a imparti un délai au 18 novembre 2016 pour lui faire part des observations de son médecin traitant. 21. Le 10 novembre 2016, l'assuré a déclaré s'opposer au projet de décision de l'OAI. Il a affirmé que l'activité de gestionnaire en logistique n'était pas compatible avec ses limitations fonctionnelles, citant les tâches qu'englobait cette profession selon des indications à ce sujet qu'il disait avoir trouvées sur le site de l'État de Genève. Il a contesté l'évaluation du SMR, en précisant être prêt à se soumettre à une expertise plus poussée en conditions réelles. 22. Par télécopie du 18 novembre 2016, le docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a invité l'OAI à entrer en matière sur la demande de l'assuré. L'expertise réalisée ne tenait pas compte du caractère multi-tâches de son activité. La reprise de l'activité dès le mois d'octobre 2013 était impossible au vu de l'atteinte dont il avait été victime trois mois auparavant. Il demandait des mesures de réinsertion professionnelle. Des compléments médicaux seraient prochainement adressés à

l'OAI.![endif]>![if> 23. Par décision du 23 novembre 2016, l'OAI a confirmé le rejet de la demande de l'assuré. L'évaluation de la capacité de travail, estimée à 100 % avec une diminution de rendement, se fondait sur des documents médicaux suffisamment clairs, si bien qu'une nouvelle expertise était tout à fait inutile. L'assuré n'avait fait valoir aucun argument médical nouveau.![endif]>![if> 24. Par acte du 5 janvier 2017, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi d'un délai pour compléter son écriture, et au fond à ce qu'il soit dit qu'il avait droit aux prestations de l'assurance-invalidité et à une rente de l'assurance-invalidité.![endif]>![if> 25. Par décision du 6 janvier 2017, la Vice-présidente du Tribunal civil a octroyé l'assistance juridique au recourant.![endif]>![if> 26. Le recourant a complété son écriture le 9 février 2017 en persistant dans ses conclusions. Il a rappelé son historique médical et notamment les limitations fonctionnelles retenues par les experts. Il a allégué qu'il résultait du dossier qu'il présentait depuis janvier 2012 au moins d'importants problèmes de santé aux plans physique et psychique. Ces troubles continuaient à le limiter fortement tant dans sa vie privée que dans toute activité professionnelle, et avaient débuté non pas en 2013 mais en 2012 déjà, à la suite de l'accident de la circulation. Victime non seulement d'un accident de la route, mais aussi d'un AVC et d'une profonde dépression, le recourant souffrait d'importantes atteintes à sa santé. Il n'avait pas été en mesure de reprendre une activité lucrative depuis le mois de janvier 2012 pour ce motif. Au vu des limitations fonctionnelles admises, il y avait lieu d'admettre qu'il présentait bien une diminution de la capacité de gain. Il y avait ainsi un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain. L'expertise réalisée sur mandat de l'intimé manquait en outre de cohérence, puisque les experts renaient dans un premier temps une capacité totale de travail avec 100 % de rendement tant dans l'activité habituelle que dans une autre activité, avant de conclure à une baisse de rendement de 30 % dans toute activité. Par ailleurs, le début de l'incapacité de travail avait été fixé au 20 juillet 2013, alors que le recourant avait été renversé par un véhicule en janvier 2012 et avait subi une luxation gléno-humérale droite. En outre, au vu de la restriction des activités nécessitant force et utilisation répétitive du membre supérieur droit ainsi qu'une dextérité bimanuelle importante chez un droitier, on peinait à comprendre comment il pourrait exercer une activité de gestionnaire et logisticien. L'expertise ne devait donc pas se voir reconnaître valeur probante. Par ailleurs, l'intimé n'avait procédé à aucune procédure d'évaluation de l'invalidité ni même tenu compte d'une quelconque réduction afin d'évaluer globalement l'influence de tous les facteurs sur le revenu postérieur à l'invalidité. ![endif]>![if> 27. Dans sa réponse du 13 mars 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a allégué que l'expertise devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Toutes les atteintes du recourant avaient été prises en compte, tant par les experts que par le SMR. Le recourant n'amenait pas d'éléments concrets susceptibles de remettre en cause les conclusions des experts. Il était en mesure de reprendre l'activité qui était la sienne avant l'atteinte à la santé. Dès lors, il n'y avait pas lieu de chiffrer les revenus avant et après invalidité avec exactitude, puisque le degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail. Le résultat ne serait pas différent même s'il fallait procéder à une comparaison des revenus sur la base des valeurs indiquées par l'employeur du recourant au titre de revenu sans invalidité. ![endif]>![if> 28. Dans ses déterminations du 8 avril 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a soutenu que l'expertise était contradictoire en tant qu'elle admettait une capacité de travail de 70 % dès octobre 2013, alors que l'épisode dépressif était en rémission depuis fin 2014 seulement. Or, cette atteinte était propre à causer des limitations importantes. Il a

répété que les limitations fonctionnelles admises étaient incompatibles avec l'activité de gestionnaire et de logisticien. Partant, l'expertise n'était pas convaincante. !

29. L'intimé s'est déterminé le 5 mai 2017, persistant dans ses conclusions. Il a soutenu que l'expertise, dont il a rappelé les conclusions, devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. !

30. Le 12 mai 2017, la chambre de céans a transmis une copie de cette écriture au recourant. !

31. Sur ce, la cause a été gardée 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). !

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. !

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). !

4. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité. !

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute 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, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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). !

En vertu de l'art. 28 al. 1 er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. Conformément à l'art. 8 al. 1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité 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, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. !

Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur

l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a).

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b. 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

d. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 8. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe 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 (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). b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). c. S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination

du revenu d'invalidé, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1). 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). 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). L'étendue de l'abattement dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

9. Il convient en premier lieu de déterminer si l'expertise réalisée par les Drs J\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_, L\_\_\_\_\_ et Mme M\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître valeur probante. Ces experts ont pris connaissance du dossier de l'assuré, qu'ils ont interrogé sur ces plaintes. Ils ont posé leurs diagnostics à l'issue d'examen cliniques complets, et leurs conclusions sont claires et motivées. Contrairement à ce qu'affirme le recourant, tenir compte d'une capacité de travail totale tout en retenant une diminution de rendement n'est nullement contradictoire, dès lors que cette baisse de rendement vise à tenir compte des troubles neuropsychologiques qui le ralentissent dans l'exécution de certaines tâches. Partant, cette expertise doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant du grief ayant trait à la fixation du début de l'incapacité de travail, on relèvera qu'on ne trouve au dossier aucune incapacité de travail attestée consécutivement à l'accident de 2012. Les neurologues consultés en juin 2013 n'ont du reste pas constaté d'anomalie clinique chez le recourant, hormis les paresthésies dont l'étiologie ne pouvait être déterminée. Compte tenu de ces éléments, c'est à juste titre que les experts n'ont pas fait remonter le début de l'incapacité de travail avant la survenance de l'AVC. Quant aux troubles psychiques du recourant, même s'il fallait admettre que l'atteinte psychique avait une incidence sur la capacité de travail jusqu'à fin 2014, comme il semble l'alléguer, on rappellera que la demande de prestations remonte à mai 2014 et que le droit à la rente naît au plus tard six mois après la demande de prestations en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI. Partant, même s'il fallait admettre qu'une incapacité de travail totale d'origine psychique a perduré jusqu'en novembre 2014, elle n'aurait pas d'incidence sur le droit aux prestations du recourant avant cette date. Il convient quoi qu'il en soit de relever que si l'expert psychiatre a retenu que le trouble dépressif était en rémission depuis fin 2014, cela ne signifie pas qu'il déployait des effets sur la capacité de travail du recourant jusqu'à cette date. Les éléments au dossier ne plaident d'ailleurs pas en faveur d'une telle hypothèse. En effet, le recourant ne produit aucun certificat médical dans ce sens. Il ressort en outre du rapport des médecins du Service de psychiatrie des HUG qu'à fin février 2014, au terme de son hospitalisation, la thymie du recourant était améliorée et

ses idées suicidaires avaient disparu. Aucune incapacité de travail n'a été attestée par ces médecins. Enfin, la Dresse I\_\_\_\_\_ ne cite pas de diagnostic d'ordre psychique parmi les atteintes influant sur la capacité de travail du recourant dans son rapport du 16 juin 2014. On ne saurait ainsi revenir sur l'appréciation du Dr L\_\_\_\_\_. Il n'existe en outre aucun rapport médical justifiant que l'on s'écarte des conclusions des experts. En effet, le Dr G\_\_\_\_\_ a également indiqué en juin 2014 que l'activité était encore exigible, sous réserve d'une incapacité d'ordre psychiatrique. Quant à la Dresse I\_\_\_\_\_, si elle a retenu que l'incapacité de travail était totale dans ses rapports du 16 juin 2014 et du 24 juillet 2015, elle n'a guère motivé cette conclusion. Le Dr P\_\_\_\_\_ n'a pas non plus exposé pour quels motifs la capacité de travail de l'assuré n'était pas rétablie en octobre 2013. Ce médecin ne peut pas de plus être suivi lorsqu'il affirme que les experts n'ont pas tenu compte du caractère multi-tâches de l'activité habituelle du recourant, puisqu'une diminution de rendement a précisément été admise pour tenir compte du ralentissement du recourant et que ses difficultés ont été prises en compte dans la définition des limitations fonctionnelles. Eu égard à ces éléments, la chambre de céans se ralliera aux conclusions des experts, selon lesquelles le recourant présente une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 30 % dans l'activité habituelle. 10. S'agissant du degré d'invalidité, l'intimé a retenu qu'il se confondait avec l'incapacité de travail – soit 30 % – et n'ouvrait ainsi pas droit à une rente. Lorsque la capacité de travail d'un assuré est intacte dans son ancienne activité, le taux d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, ce qui ne laisse plus de place à la prise en compte d'un éventuel abattement, lequel ne peut s'opérer que si le revenu d'invalidité est déterminé au moyen des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4). En l'espèce, le recourant peut à dire d'expert reprendre l'activité de gestionnaire de stock ou logisticien, moyennant une diminution de rendement. Cependant, il percevait des indemnités de chômage lors de la survenance de l'atteinte invalidante. Conformément à la jurisprudence citée, cela justifie la fixation du degré d'invalidité en recourant aux revenus statistiques tirés de l'ESS. Lorsque comme en l'espèce, les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques, il est superflu de les chiffrer avec exactitude, dès lors que le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2 ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 151/06 du 29 juin 2007 consid. 7.2.1 et I 418/03 du 23 septembre 2003 consid. 6.1). S'agissant de dite réduction, l'intimé n'a pas examiné si elle se justifiait, renonçant à faire usage de son pouvoir d'appréciation. Il ne s'est pas non plus déterminé sur ce point bien que le recourant l'ait soulevé dans son écriture du 9 février 2017. Une telle abstention constitue un excès de pouvoir d'appréciation négatif (ATF 116 V 307 consid. 2). Conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA - E 5 10), l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par la chambre de céans. La chambre de céans est ainsi fondée à revoir ce point et à procéder à l'abattement sur le revenu d'invalidité selon sa propre appréciation. Compte tenu des circonstances, notamment de l'âge du recourant et de ses limitations fonctionnelles, une réduction de 10 % paraît appropriée. Cumulée à la diminution de rendement de 30 % que subit le recourant dans son activité habituelle, elle représente une perte de gain de 40 %, laquelle ouvre le droit à un quart de rente. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à cette prestation s'ouvre six mois après le dépôt de la demande du recourant, soit dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014. S'agissant des mesures professionnelles, c'est à juste titre que l'intimé ne les a pas accordées au

recourant. En effet, compte tenu du caractère adapté de la profession qu'il a apprise, tant une mesure d'orientation qu'un reclassement s'avèrent superflus. 11. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le recourant, représenté par un avocat, a droit à des dépens qui seront fixés en l'espèce à CHF 1'800.-. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l'intimé supporte l'émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.