

## GE\_GERICHTE A/3636/2014 vom 19. Oktober 2015

GE Cour de justice, 2015-10-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3636\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3636_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/3636/2014 du 19 octobre 2015

IT: GE\_GERICHTE A/3636/2014 del 19 ottobre 2015

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.10.2015 A/3636/2014

A/3636/2014 ATAS/792/2015 du 19.10.2015 ( AI ) , REJETE En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/3636/2014 ATAS/792/2015 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 19 octobre 2015 10 ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1974, de nationalité suisse, divorcé, au bénéfice d'un CFC de gestionnaire de vente, a travaillé à Genève comme vendeur jusqu'en 2007-2008. Le 27 novembre 2013, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en invoquant une hernie discale L4-L5, une sciatique, une amputation de l'annulaire gauche et une ancienne toxicomanie, substituée par traitement médical. Il a précisé qu'il dépendait actuellement de l'Hospice général mais avait perçu des prestations de l'assurance-chômage du 1 er août au 30 novembre 2011. Le 6 décembre 2013, l'Office cantonal de l'emploi a informé l'OAI que l'assuré s'était inscrit au chômage à 100% et avait bénéficié d'une évaluation de compétences auprès de la fondation PRO en juillet 2011. Il a annexé divers documents tirés de son dossier, dont il ressort notamment qu'en date du 6 octobre 2008, son médecin-conseil a considéré l'intéressé capable de travailler à plein temps comme vendeur ou employé de commerce, dans une activité ne nécessitant ni port de charges supérieures à 8-10 kilogrammes, ni efforts intenses de la colonne lombaire, postures en porte-à-faux ou déplacements sur un sol irrégulier. Il a également joint divers certificats d'incapacité de travail se rapportant à la période de février 2008 à août 2011. Par rapport du 20 décembre 2013 adressé à l'OAI, le docteur B\_\_\_\_\_, médecin généraliste de l'assuré, a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, actuellement traités par substitution, de troubles anxieux, de lombalgies, de hernie discale L4-L5 gauche, opérée en 2010, et de status après amputation du quatrième rayon de la main gauche. L'assuré était suivi depuis 1994 pour une grave polytoxicomanie et des lombalgies récidivantes, incompatibles avec les travaux lourds. Ses limitations étaient la marche, le port de charges, les rotations, les positions accroupie, à genoux, avec les bras au-dessus de la tête, assise ou debout prolongées, les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance. Depuis le 15 août 2011, il était totalement incapable d'exercer sa profession de vendeur de meubles, mais une reprise d'activité à 50% voire 100% était envisageable à l'issue de stades. Une réadaptation professionnelle était préconisée. Il a joint divers rapports médicaux, notamment : - un rapport du 2 avril 1998 du département de psychiatrie des HUG, dont il ressort que l'assuré a séjourné volontairement du 10 au 31 mars 1998 à la villa

Les Crêts, hôpital de jour, pour y subir une cure de méthadone ; !endif]>![if> - deux rapports subséquents du département de psychiatrie des HUG des 2 juillet 2009 et 2 juin 2010. L'assuré a séjourné une nouvelle fois aux HUG du 12 au 26 juin 2009 pour un sevrage de cocaïne. Du 15 septembre 2009 au 9 avril 2010, il a bénéficié d'un suivi ambulatoire à la villa Les Crêts ; !endif]>![if> - un rapport du service de neurochirurgie des HUG du 4 janvier 2011, relatant que l'assuré a été opéré le 5 décembre 2010 d'une hernie discale lombaire L4-L5 gauche par les docteurs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, neurochirurgiens ; !endif]>![if> - un rapport du 30 mai 2011 du Dr D\_\_\_\_\_, faisant état d'une disparition de sciatalgies mais d'une persistance de lombalgies en cas de positions statiques prolongées. L'assuré serait prochainement en mesure de reprendre progressivement le travail, à 50% dans un premier temps ; !endif]>![if> - un rapport opératoire du docteur E\_\_\_\_\_ du 18 mars 2012, stipulant que l'assuré a été amputé du quatrième rayon de la main gauche, à la suite d'une nécrose ; !endif]>![if> - un rapport du 7 janvier 2013 des doctresses F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, médecins auprès du département de médecine interne des HUG, dont il ressort que l'assuré a été hospitalisé du 7 au 22 décembre 2012, pour une ischémie aiguë du membre inférieur droit. !endif]>![if> 5. Le SMR a émis un avis le 29 août 2014 : l'assuré souffrait de lombalgies chroniques et de limitations fonctionnelles persistantes du rachis, nonobstant une intervention chirurgicale de discectomie L4-L5 pratiquée en 2010. Il avait été hospitalisé à diverses reprises pour des sevrages, mais malgré un suivi, son comportement addictif restait fort. S'appuyant sur le rapport du Dr B\_\_\_\_\_, le SMR a conclu que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité légère, sans montées d'échelles, port de charges supérieures à cinq kilogrammes, positions debout ou assise, en porte-à-faux, accroupie ou à genoux prolongées. !endif]>![if> 6. Le 9 septembre 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de refus de prestations. Selon le SMR, l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de vendeur - pour laquelle il bénéficie d'un CFC de gestionnaire de vente -, moyennant le respect de certaines limitations. Des mesures professionnelles ne sont pas nécessaires dans la mesure où il a une pleine capacité de travail dans toute activité entrant en ligne de compte. !endif]>![if> 7. Par courrier du 8 octobre 2014, l'assuré a contesté ce projet. Son état de santé ne lui permet pas de travailler dans son activité de gestionnaire de vente et il présente de fortes limitations dans tout domaine d'activité. Un entretien et un examen médical auprès de l'office est nécessaire. !endif]>![if> 8. Par décision formelle du 20 octobre 2014, reçue par l'assuré le 23 octobre, l'OAI a nié son droit à toute prestation. !endif]>![if> Faisant siennes les conclusions du SMR, il a retenu que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de vendeur et toute autre activité professionnelle, moyennant le respect de certaines limitations. Faute d'incapacité de travail, ce dernier n'avait pas droit à des mesures professionnelles ou à d'autres prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de ses objections au projet de décision, aucun élément médical nouveau n'a été transmis. Les éléments produits ne permettent en conséquence pas de modifier la précédente appréciation de l'office. 9. Par pli du 21 novembre 2014 adressé à l'OAI, l'assuré a contesté cette décision. !endif]>![if> Il a soutenu que la décision litigieuse ne tenait pas compte de son parcours médical difficile et de ses limitations fonctionnelles importantes, qui réduisaient à néant ses perspectives d'engagement comme vendeur. Ses limitations s'étaient au demeurant accrues depuis qu'une amputation de l'annulaire gauche avait péjoré ses facultés à dactylographier et manipuler des objets. Dépendre de l'assurance-invalidité ne représentait pour lui pas un idéal, si bien qu'il avait refusé

d'entreprendre des démarches en ce sens lorsque son médecin le lui avait suggéré en 1994-1995. Toutefois, il ne voyait désormais plus d'autre alternative. Il transmettrait prochainement de nouveaux justificatifs médicaux. Il a joint : - un certificat du Dr B \_\_\_\_\_ du 10 novembre 2014, déplorant que l'assuré n'ait pas été auditionné et relevant que la demande de prestations d'invalidité avait été déposée précisément en raison des limitations admises par le SMR. Compte tenu de ces limitations, des mesures de réadaptation, stages ou formations lui paraissaient opportunes afin que l'assuré puisse retrouver une activité adaptée à son handicap somatique ;

- deux rapports d'imagerie et radiographie lombaire du docteur H \_\_\_\_\_, radiologue, datés du 16 juin 2014, concluant à une discopathie L4-L5 avec status post-opératoire à gauche, sans signe évident de souffrance articulaire ni anomalie disco-vertébrale significative.

10. Le 26 novembre 2014, l'OAI a transmis le courrier du 21 novembre 2014 à la chambre de céans, pour objet de sa compétence.

11. Le 27 novembre 2014, la chambre de céans a informé l'intimé que le recours avait été enregistré. Elle l'a également invité à transmettre sa réponse et son dossier.

12. Dans sa réponse du 5 janvier 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le SMR avait tenu compte de l'amputation de l'annulaire gauche et de limitations fonctionnelles d'ampleur modeste, lesquelles n'empêchaient pas le recourant de travailler comme vendeur. En définitive, ce dernier n'invoquait aucun élément nouveau, susceptible de modifier son appréciation.

13. Une audience de comparution personnelle et d'enquêtes s'est tenue le 9 mars 2015.

L'assuré a déclaré que ses lombalgies étaient consécutives à un accident professionnel survenu en 2007 : il avait aidé un collègue à transporter un objet lourd (une grosse jarre japonaise) en adoptant une position inadéquate, suite à quoi il avait souffert de douleurs. Cependant, les radiologues et son médecin généraliste avaient estimé que ces douleurs résultaient d'une maladie, de sorte que son cas n'avait jamais été déclaré à l'assurance-accidents. Sa dernière activité rémunérée remontait à 2008 pour la I \_\_\_\_\_, mais il avait travaillé en 2013 comme bénévole pour une association d'aide à l'enfance J \_\_\_\_\_. Il s'était adressé à l'assurance-invalidité afin qu'un bilan médical soit effectué et qu'un stage lui soit accordé en vue de déterminer sa capacité de travail et le genre d'activité qu'il pourrait encore exercer. Idéalement, il souhaitait que cette assurance mette en œuvre un stage du même type que celui dont il avait bénéficié chez Pro-Services par l'intermédiaire de l'assurance-chômage. Si les certificats versés au dossier montraient des fluctuations de son taux d'incapacité de travail, c'était parce que l'Hospice général lui avait indiqué qu'il pouvait bénéficier de prestations de chômage, à condition d'être apte au placement. Entendu en qualité de témoin, le Dr B \_\_\_\_\_ a déclaré suivre l'intéressé depuis 2001 à raison d'un entretien tous les quinze jours, initialement pour une dépendance aux opiacés puis pour d'autres affections, notamment des lombalgies/sciatalgies dès 2008. En 2010, l'assuré avait été opéré d'une hernie discale L4-L5, suite à l'apparition d'une sciatique. Sur question, il a confirmé avoir établi la majorité des certificats d'arrêt de travail versés au dossier de 2008 à 2011. L'incapacité attestée de février à septembre 2008 était due peut-être à une lombalgie ou à une rechute des addictions, et celle de juin-juillet 2009, à des hospitalisations pour de nouvelles rechutes. De septembre 2009 à avril 2010, l'assuré avait été suivi à l'institution « Les Crêts », hôpital de jour. Interrogé au sujet de son rapport du 20 décembre 2013, il a précisé que les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail étaient les troubles anxieux et liés aux opiacés, les lombalgies, et, dans une moindre mesure, le status après amputation de l'annulaire. Le taux d'incapacité de travail qu'il avait mentionné, soit 50%,

correspondait à une estimation basse et pouvait aller jusqu'à 100%. Quant au rapport du SMR d'août 2014, il y avait un « léger flou » dans l'évaluation de la capacité de travail comme vendeur, car l'assuré ne pouvait travailler que dans un domaine n'impliquant ni travaux lourds, ni port de charges. Depuis 2013, la santé psychique de l'assuré et sa capacité de travail s'étaient nettement améliorées grâce à un traitement de ses addictions, tandis que ses lombalgies étaient restées stationnaires, voire s'étaient légèrement améliorées. C'était en raison de cette sensible amélioration qu'il avait préconisé des mesures de réadaptation plutôt qu'une rente. Dans son rapport de novembre 2014, il avait suggéré la mise en œuvre d'une expertise pour montrer une évolution psychique favorable. Par ailleurs, il n'avait finalement pas jugé nécessaire que l'assuré consulte un neurochirurgien et il lui paraissait superflu d'investiguer davantage l'évolution des lombalgies. S'agissant des rapports d'imagerie lombaire annexés au recours, ils ne témoignaient d'aucune aggravation et ne suscitaient pas d'inquiétude majeure. L'assuré a rétorqué que son état de santé ne s'était pas amélioré dans une mesure aussi importante que ce que laissait entendre son médecin, car il avait notamment subi une recrudescence de douleurs lombaires en 2014, ce qui l'avait contraint à se déplacer avec des cannes pendant plusieurs semaines. Sur le plan de la toxicomanie, ses problèmes apparemment sans issue l'affectaient psychologiquement et avaient tendance à le pousser à la consommation. Le représentant de l'intimé a déclaré que la question d'une réadaptation professionnelle avait été examinée, mais qu'il avait finalement considéré que l'assuré n'en avait pas besoin puisqu'il était capable d'exercer sa profession habituelle de vendeur en respectant certaines limitations, excluant notamment la vente de meubles ou d'objets lourds. À l'issue de l'audience, un délai a été accordé aux parties pour qu'elles se déterminent sur les enquêtes. 14. Dans ses écritures du 27 mars 2015, l'assuré s'est déclaré surpris des propos tenus par son médecin en audience, dans la mesure où ce dernier lui avait indiqué en privé qu'il solliciterait une réadaptation professionnelle à 50%. Par ailleurs, il a rappelé qu'il souffrait d'une hernie discale depuis un accident du travail en 2007, ce qui l'avait rendu quasiment incapable de se mouvoir, avait entraîné son licenciement et avait eu des répercussions fâcheuses sur son mariage. Il avait été opéré en urgence pour des sciatiques aiguës, mais si l'intervention avait permis de soulager cette affection, il souffrait encore d'une fragilité du bas du dos, de douleurs chroniques, de spasmes, d'une perte de mobilité et d'autonomie. Il réitérait qu'au vu de l'ampleur de ses limitations, aucun employeur ne serait disposé à l'engager. Partant, il sollicitait derechef l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. 15. Le 30 mars 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours. Il a maintenu que les limitations résultant des lombalgies n'empêchaient pas le recourant de travailler comme vendeur, domaine dans lequel il bénéficiait d'une formation. Par ailleurs, sa consommation de stupéfiants ne constituait pas une atteinte incapacitante. À l'appui de ses écritures, il a joint un avis du SMR du 20 mars 2015, confirmant que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail, moyennant le respect des limitations qu'il avait retenues. 16. Cette écriture a été transmise pour information au recourant le 1<sup>er</sup> avril 2015. Il ne s'est pas déterminé. 17. Sur quoi, 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<sup>er</sup> 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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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). En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2011. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, puis dès le 1er janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel. 5. 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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 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).

6. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). 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. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. En d'autres termes, l'assuré n'a droit à l'intégralité des prestations que s'il a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. S'il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_432/2012 du 31 août 2012, consid. 3.3 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2187ss). 7. 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. 28a al. 1 LAI). 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). 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'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). Un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail estimée par le médecin peut également être admise lors d'une incapacité de travail totale de l'assuré (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 45/06 du 5 mars 2007 consid. 4.2.2). Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global

maximal de 25 % 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 justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA -E 5 10), seul l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par le Tribunal de céans. Il y a notamment excès de pouvoir d'appréciation négatif lorsque l'autorité renonce à faire usage de son pouvoir d'appréciation (ATF 116 V 307 consid. 2). 8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).>[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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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). b. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur

l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). c. La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 9. Il convient en premier lieu de se prononcer sur la capacité de travail du recourant. a. Faisant siennes les conclusions de son service médical, l'intimé considère que l'assuré bénéficie d'une pleine capacité de travail dans toute activité légère, moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles. De son côté, le recourant lui reproche de ne pas avoir suffisamment tenu compte de ses limitations, lesquelles réduisent à néant ses perspectives d'engagement comme vendeur. Il allègue que, malgré une intervention chirurgicale en 2010, il souffre encore de douleurs dorsales importantes et d'une perte de la mobilité. Ses limitations se sont au demeurant accrues depuis qu'il a été amputé de l'annulaire gauche en 2012. b. Préalablement, il paraît opportun de rappeler que dans son rapport du 20 décembre 2013, le Dr B \_\_\_\_\_ a conclu que l'assuré était incapable de travailler comme vendeur de meubles mais pourrait reprendre, à l'issue d'une réadaptation, une activité de vendeur sans contrainte physique ou toute autre activité légère, à 50 % voire 100 %. Entendu par la chambre de céans en audience, il a ensuite nuancé cette conclusion en expliquant que ce taux de 50% lui paraissait rétrospectivement « faible » et pouvait effectivement atteindre 100%. Il a précisé n'avoir aucune observation particulière à formuler à l'égard du rapport du SMR, sous réserve d'un « léger flou » dans l'évaluation de la capacité de travail comme vendeur, cette activité ne pouvant être exercée que dans un domaine n'impliquant pas de travaux lourds. Il a ajouté que depuis le dépôt de sa demande, en novembre 2013, l'assuré avait bénéficié d'une nette amélioration de son état de santé psychique, tandis que ses lombalgies étaient restées stables voire s'étaient légèrement améliorées. En outre, il avait renoncé à solliciter une nouvelle évaluation des lombalgies par un spécialiste, dans la mesure où les derniers rapports IRM et radiographiques de juin 2014 ne suscitaient à son sens pas d'inquiétude particulière et ne témoignaient d'aucune péjoration. c. Il ressort des explications données par le Dr B \_\_\_\_\_ en audience que ce médecin-traitant considère, à l'instar de l'intimé, que le recourant est médicalement capable d'exercer à plein temps une activité de vendeur sans contrainte physique et toute autre activité légère, moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles. Il ne conteste pas les conclusions du SMR quant à une pleine capacité de travail de l'assuré et se borne à souligner que celui-ci peut travailler comme vendeur seulement dans un poste n'impliquant pas de travaux lourds, ce qui correspond précisément aux limitations retenues par l'intimé. En outre, les restrictions qu'il énumère correspondent pour l'essentiel à des mesures classiques d'épargne lombaire, similaires à celles prescrites par le SMR. Partant, la chambre de céans constate que les conclusions du

Dr B\_\_\_\_\_ coïncident en grande partie, voire intégralement, avec celles du SMR, et tendent ainsi à démontrer que le recourant est capable d'exercer toute activité légère à plein temps. d. Au surplus, il résulte du dossier que le recourant s'est inscrit à 100% auprès de l'assurance-chômage et que le 6 octobre 2008, le docteur K\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OCE, l'a considéré capable de travailler à plein temps dans toute activité ne sollicitant pas d'efforts intenses de la colonne lombaire, port de charges supérieures à 8-10 kg ou positions en porte-à-faux. On précisera que le dossier démontre de surcroît une certaine amélioration de l'état de santé depuis 2008, puisque, selon le médecin-traitant de l'assuré, ses sciatalgies ont disparu tandis que son état de santé psychique s'est nettement amélioré grâce à un traitement. e. Contrairement à ce que soutient le recourant, ses limitations et son amputation ont bel et bien été prises en compte par le SMR et le Dr B\_\_\_\_\_, comme en témoignent leurs rapports. Ils ont toutefois estimé que ces limitations, relativement modestes, ne l'empêchaient pas d'exercer une activité légère, notamment dans le domaine de la vente, ce que rien ne permet de mettre en doute. f. Compte tenu des conclusions largement convergentes du SMR et des Drs B\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, la chambre de céans retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant est capable, en tout cas depuis décembre 2013, d'exercer à plein temps une activité de vendeur sans contrainte physique ou toute autre activité légère, moyennant le respect des limitations retenues par le SMR, soit le port de charges supérieures à cinq kilogrammes, les montées d'échelles, les positions en porte-à-faux, accroupie, à genoux, debout ou assis prolongées. 10. Il convient à présent de se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant et, partant, sur son droit à des mesures d'ordre professionnel.!

a. L'intimé a renoncé à procéder à une comparaison des revenus, considérant que l'assuré pouvait, malgré ses atteintes, exercer son activité habituelle à plein temps, de sorte que son degré d'invalidité se confondait avec son incapacité de travail et devait être considéré comme nul, ce qui excluait son droit à toute prestation. Cependant, la chambre de céans relève que la question d'une comparaison des gains se pose, dans la mesure où la dernière activité exercée par le recourant avant son atteinte à la santé en 2007 est celle de vendeur de meubles et qu'il n'est plus en mesure de l'exercer. Cela étant, même en déterminant son degré d'invalidité sur la base d'une comparaison des gains, le recourant n'a quoi qu'il en soit pas droit à des mesures d'ordre professionnel ou à d'autres prestations, comme on va le voir. b. La comparaison des revenus doit être effectuée au moment de la naissance du droit à la rente. En l'occurrence, le droit éventuel à la rente naît en mai 2014, dès lors que la demande de prestation a été déposée en novembre 2013 (art. 29 al. 1 LAI). Il convient ainsi de se placer en 2014 pour procéder à la comparaison des revenus. c. Le revenu sans invalidité doit être déterminé sur la base de l'extrait de compte individuel AVS. Il en ressort que durant l'année qui a précédé son atteinte à la santé en 2007, le recourant a perçu un salaire annuel de CHF 59'259.-, ce qui correspond à CHF 65'320.- après indexation jusqu'en 2014. Ce montant sera retenu à titre de revenu sans invalidité. En ce qui concerne le revenu d'invalidité, il convient de se fonder sur les salaires résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après l'ESS), le recourant n'ayant pas repris d'activité lucrative depuis plusieurs années. Pour calculer le revenu d'invalidité en 2014, il convient de retenir le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive (tableau TA1, niveau de qualification 4, ligne total, homme, part au 13ème salaire comprise) selon l'ESS 2010, qui s'élève à CHF 4'901.-. Ce salaire hypothétique, calculé sur la base d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2014, lequel est de 41.7 heures (cf. Tableau « durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office

fédéral de la statistique) et à l'indice suisse des salaires nominaux (ISS ; en 2010 : 2'151 et en 2014 : 2'220). On obtient ainsi pour l'année 2014 un revenu annuel brut de CHF 63'278.–. d. Depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2013, le recourant est capable de travailler à plein temps dans une activité de vendeur sans contrainte physique ou toute autre activité légère. Dès cette date, il résulte de la comparaison des gains un degré d'invalidité de 3,1 % ( $100 \times (65'320 - 63'278) / 65'320$ ). Si l'on opère un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 893/06 du 15 octobre 2007, consid. 4) afin de tenir compte de manière large de ses limitations fonctionnelles, son degré d'invalidité s'élève à 12,8 % ( $100 \times (65'320 - 56'950) / 65'320$ ). 11. Il résulte du calcul qui précède que, depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2013, le recourant présente tout au plus un degré d'invalidité de 12,8%.

!endif]>!if> a. Force est de constater que ce taux n'atteint pas le seuil de 20% fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). Partant, le recourant n'a pas droit à une telle mesure. Il convient encore de se prononcer sur son droit à une mesure d'orientation professionnelle. b. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. Y a droit l'assuré qui, en raison de son invalidité, est limité dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de son activité antérieure et qui a dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). Dans un arrêt du 10 février 2011, le Tribunal fédéral a confirmé le refus de l'OAI d'accorder une mesure d'orientation professionnelle à un assuré qui n'était plus en mesure d'exercer ses activités antérieures en raison de problèmes au dos. Il a estimé que, compte tenu du caractère relativement anodin de l'atteinte, les propositions formulées par le service de réadaptation de l'office quant aux types d'activités que l'on pouvait raisonnablement exiger de lui étaient suffisantes pour qu'il puisse s'orienter seul sur le marché du travail. De manière plus générale, dans la mesure où celui-ci offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif étaient, à l'évidence, adaptées aux limitations de l'assuré et accessibles sans aucune formation particulière, il n'existait guère d'obstacles pour l'assuré à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_534/2010 du 10 février 2011, consid. 4). c. En l'espèce, les limitations prescrites par les différents médecins ne paraissent pas excessivement contraignantes et correspondent en définitive à des mesures classiques d'épargne lombaire. Dans la mesure où le recourant est capable d'exercer toute activité légère compatible avec ses limitations et notamment celle de vendeur, profession dans laquelle il dispose d'une formation, force est de constater que le marché du travail lui offre un éventail suffisamment large d'activités adaptées à ses limitations, dont l'exercice est exigible. Partant, l'assuré n'a pas droit à une mesure d'orientation professionnelle. Reste à examiner son droit à une mesure d'aide au placement. d. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit: a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi. Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4<sup>e</sup> révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 consid. 6; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I

421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux Arrêts du Tribunal fédéral I 170/06 et 9C\_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références). Une telle mesure n'étant pas envisageable sans la pleine collaboration de l'assuré, qui doit entreprendre personnellement les démarches de recherche d'emplois étant donné son devoir de diminuer le dommage (cf. notamment ATF 123 V 230 consid. 3c et les références), la subordination d'un tel droit à une requête motivée est parfaitement fondée et correspond d'ailleurs à une pratique constante de tous les offices AI (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4). e. En l'espèce, aucune requête motivée en vue d'une aide au placement ne figure au dossier de l'intimé, de sorte que le recourant ne peut en l'état se voir accorder une telle mesure. L'intéressé semblant toutefois avoir besoin d'un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, il convient de le rendre attentif au fait qu'il peut déposer une requête motivée auprès de l'OAI en vue d'obtenir une aide au placement. 12. Les pièces versées au dossier permettent de statuer sur le degré d'invalidité du recourant et son droit à des mesures d'ordre professionnel. Partant, il n'y a pas lieu d'ordonner des mesures d'instruction complémentaires, par appréciation anticipée des preuves. 13. Mal fondé, le recours est rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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