

GE_GERICHTE A/3819/2013 vom 20. August 2014

GE Cour de justice, 2014-08-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3819_2013

FR: GE_GERICHTE A/3819/2013 du 20 août 2014

IT: GE_GERICHTE A/3819/2013 del 20 agosto 2014

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à PERLY recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1980, travaillait depuis le 15 février 2010 en tant que technicien service après-vente auprès de B_____ SA (ci-après l'employeur) à plein temps, pour un salaire mensuel de CHF 5'200.-, versé en treize mensualités. Son travail consistait dans la fabrication ou la modification d'ouvrages métalliques en atelier ou sur site, dans la réparation des portes industrielles fabriquées par l'employeur ou par des tiers, dans la réparation des installations de quais de toutes marques et dans la responsabilité du véhicule qui lui avait été attribué. Il impliquait que l'assuré soit principalement debout, qu'il porte des charges de plus de cinq kilos et qu'il se déplace.![endif]>![if> 2. Par déclaration du 20 mai 2010 auprès de la Bâloise assurance SA – assurance perte de gain en cas de maladie (ci-après la Bâloise), l'employeur a informé cette dernière que l'assuré était en incapacité de travail depuis le 20 avril 2010. La Bâloise a versé des indemnités journalières.![endif]>![if> 3. Le 2 juillet 2010, la doctoresse C_____, médecin interne auprès du département de médecine interne des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a diagnostiqué une probable spondylarthropathie (HLA B27 positif), une fracture L2 accidentelle à moto en 2007, traitée conservativement, de l'asthme allergique, du psoriasis palmo-plantaire cinq ans auparavant durant deux ans, l'opération d'un kyste d'un poignet gauche et du ligament cinq ans auparavant, l'opération d'une hernie inguinale à l'âge de 14 ans et une probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite deux ans auparavant. L'assuré présentait depuis environ trois mois des douleurs lombaires basses et des douleurs de l'articulation sacro-iliaque droite de type mixte mais à prédominance inflammatoire, avec douleurs nocturnes et raideur matinale d'environ une heure. Ces douleurs étaient handicapantes au quotidien et ne lui permettaient pas de poursuivre son travail car il était incapable de porter des charges.![endif]>![if> 4. Par formulaire du 10 août 2010, l'employeur a annoncé l'assuré en détection précoce auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), en raison d'une incapacité de travail totale depuis le 21 avril 2010 pour cause de problèmes de dos.![endif]>![if> 5. Dans son rapport du 8 septembre 2010, le docteur D_____, médecin interne auprès du département de médecine interne des HUG, a indiqué que le diagnostic restait ouvert entre une spondylarthropathie axiale et un syndrome douloureux chronique. En effet, l'horaire des douleurs était mixte (raideur matinale de trente minutes, réveils nocturnes, mais douleurs exacerbées par l'activité), il n'y avait pas de syndrome inflammatoire sérique et pas d'argument radiologique franc (radiographie standard et IRM rachis et sacro-iliaque).![endif]>![if> 6. Lors de l'entretien de détection précoce qui s'est tenu du 8 octobre 2010 entre l'OAI et l'assuré, ce dernier a déclaré qu'il souffrait de spondylarthrite ankylosante, que les douleurs étaient arrivées d'un

seul coup et qu'il ne pouvait plus marcher, ni rester en position statique de manière prolongée, ni dormir, du fait des douleurs. Il avait suivi un premier traitement, qui avait provoqué une réaction allergique. A la date du rapport, il suivait un deuxième traitement par immunosuppresseurs depuis six semaines. Il n'arrivait plus à exercer son activité professionnelle. [endif]>[if> 7. L'assuré a adressé une demande de prestations de l'assurance-invalidité à l'OAI par courrier recommandé du 1^{er} novembre 2010.[endif]>[if> 8. Dans son rapport du 11 novembre 2010, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de spondylarthropathie (HLA B27 positif) depuis avril 2010, et, sans effet sur la capacité de travail, de psoriasis palmoplantaire trois ans auparavant. Elle a indiqué que l'assuré souffrait de douleurs inflammatoires, d'abord lombosacrées, puis cervicales et dorsales également. Il ne pouvait pas se pencher, porter, bouger vite, ni monter sur une échelle. L'incapacité de travail était totale. En cas de traitement efficace, l'assuré pourrait retravailler mais pas dans une activité très physique avec port de charges et positions difficiles.[endif]>[if> 9. Lors de l'évaluation du 16 décembre 2010, l'OAI a retenu que l'assuré ne pouvait plus du tout avoir d'activités, qu'il lui était difficile de sortir de son lit le matin, que tous les gestes de la vie courante étaient difficiles, les déplacements très lents, et les mouvements de la colonne très douloureux. Plusieurs traitements différents avaient été tentés mais sans succès, et l'assuré prenait actuellement de la morphine pour soulager un peu les douleurs. L'activité habituelle n'était plus exigible selon le rapport médical déjà en possession de l'OAI mais l'état de santé de l'assuré à la date de l'évaluation ne permettait pas à ce dernier d'envisager une quelconque mesure de réinsertion professionnelle. [endif]>[if> 10. Le 3 décembre 2010, le professeur F_____, médecin chef de service auprès du département de médecine interne des HUG, a indiqué que l'absence de lésion évidente sur l'IRM et de réponse au traitement visant à bloquer l'action des facteurs de nécrose tumorale (ci-après anti-TNF) étaient des éléments en défaveur du diagnostic de spondylarthropathie axiale. La réalisation d'une IRM de tout le rachis était proposée, afin de mettre en évidence la présence d'éventuelles lésions inflammatoires. Si cet examen était négatif, le diagnostic de spondyloarthropathie axiale devait être sérieusement remis en question.[endif]>[if> 11. Dans un rapport complémentaire du 13 décembre 2010, le Prof. F_____, a indiqué que l'IRM de la colonne totale et des articulations sacro-iliaques de l'assuré ne montrait pas de signes inflammatoires. Il y avait donc essentiellement deux possibilités : 1) les inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (ci-après TNF-) avaient permis une résolution complète des lésions inflammatoires ; toutefois, cela n'était absolument pas corrélé avec la persistance des symptômes selon le patient ; 2) l'assuré ne présentait pas de spondylarthropathie axiale et devait plutôt être considéré comme souffrant d'un syndrome douloureux chronique du rachis ; les constatations IRM précédentes, l'absence de réponse franche aux inhibiteurs du TNF- et l'imagerie actuelle plaident en faveur de cette possibilité. Il a conclu qu'il serait utile d'adresser l'assuré vers une consultation multidisciplinaire de la douleur et de le motiver à reprendre une activité professionnelle compte tenu de l'absence de substrat organique à ses symptômes.[endif]>[if> 12. Le 19 janvier 2011, la Bâloise a adressé une demande de compensation avec des paiements rétroactifs de l'AVS/AI à l'OAI.[endif]>[if> 13. Le 4 février 2011, la Dresse E_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré demeurait stationnaire depuis décembre 2010. Le pronostic était favorable sur le moyen terme. La capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité adaptée effectuée plutôt debout, sans port de charges, avec des changements de positions fréquents, dans un premier temps à

50% puis à 100% selon l'évolution.!

14. Dans un rapport ultérieur du 11 avril 2011, elle a indiqué que l'état de santé de l'assuré était demeuré stationnaire depuis juin 2010. L'assuré était limité par des douleurs lors de la mobilisation et la lenteur dans ses mouvements. Il ne souffrait pas de troubles psychiques. Le taux de capacité de travail devait être déterminé dans une activité sans port de charges et avec des changements de positions fréquents. La reprise du travail dépendait de l'évolution qui était défavorable à la date du rapport.!

15. Le 24 juin 2011, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a mentionné que le pronostic était sombre et qu'il ne fallait pas s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle, respectivement, une amélioration de la capacité de travail. Le recourant présentait toutes les limitations fonctionnelles du formulaire de l'OAI. Sa capacité de concentration, celle de compréhension, et celle d'adaptation n'étaient toutefois pas limitées.!

16. Dans un avis du 27 juillet 2011, le docteur H_____, médecin auprès du Service médical régional (ci-après SMR), s'est déclaré surpris par l'incapacité de travail retenue pour de simples dorsolombalgies chroniques. La capacité de travail dans l'activité habituelle et adaptée était à définir. Pour ce faire, et afin de déterminer les limitations fonctionnelles, il recommandait un examen rhumatologique.!

17. Le 29 août 2011, le Dr G_____ a fait état d'une situation très complexe avec des rachialgies diffuses mal comprises et multi investiguées. La maladie se manifestait par un syndrome douloureux et l'assuré souffrait d'une dépression réactionnelle. Le pronostic était sombre et l'incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} juillet 2011.!

18. Le 7 septembre 2011, la doctoresse I_____, médecin adjointe au service de pharmacologie et toxicologie cliniques, a indiqué que l'assuré lui avait expliqué avoir présenté un épisode dépressif entre janvier et mars 2011, lorsque les traitements anti-TNF n'avaient pas été bénéfiques et que le diagnostic de spondylarthropathie avait été remis en question. Selon le médecin, le score de l'assuré de vingt sur l'index de dépression de Beck était compatible avec un épisode dépressif modéré.!

19. Mandaté par l'OAI pour expertise, le docteur J_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a rendu son rapport le 15 novembre 2011.!

Il a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des dorso-lombalgies chroniques aspécifiques et un status après fracture tassement de L2 et une discopathie L5-S1 débutante, et, sans effet sur la capacité de travail, un tabagisme chronique et un status après opération de hernie inguinale bilatérale. Il a relevé que lors de l'examen, l'assuré n'avait pas eu de gêne significative lors des changements de position, bien qu'il ait fait les transferts de manière très précautionneuse, il se déplaçait sans boiterie et avait été capable de se déshabiller et se rhabiller sans peine. D'un point de vue ostéo-articulaire, le médecin avait constaté une restriction de la mobilité rachidienne principalement lombaire et dorsale dans le plan antérieur et dans le plan latéral, avec de fortes contractures musculaires au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire et des articulations sacro-iliaques qui étaient douloureuses. Il n'y avait pas de signes en faveur d'enthésopathies ou de synovites périphériques, la mobilité des articulations périphériques n'était pas entravée, le status neurologique paraissait dans la norme, sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires aux membres inférieurs, et les points de fibromyalgie étaient indolores. Les examens qui avaient été réalisés révélaient l'absence de signe en faveur d'une inflammation du rachis et des sacro-iliaques. Biologiquement, il n'y avait pas eu de syndrome inflammatoire hormis lors de l'épisode d'allergie de type retardée au traitement. Les IRM rachidiennes montraient en revanche une ancienne fracture tassement de L2 ainsi qu'une protrusion discale en L5-S1. Il y avait également des protrusions discales au niveau

cervical. En conclusion, il n'y avait qu'une corrélation partielle entre les doléances de l'assuré et les constatations pathologiques de l'examen clinique et du bilan paraclinique. Certes, une restriction de la mobilité rachidienne lombaire et dorsale avait été constatée à plusieurs reprises lors de l'examen clinique, et il n'y avait pas d'élément majeur en faveur d'une amplification des symptômes, excepté une tendance à la diffusion du tableau douloureux à l'intégralité du corps. Les bilans d'IRM lombaires qui avaient été réalisées n'expliquaient ni l'intensité des douleurs alléguées par l'assuré, ni la non réponse des douleurs aux divers traitements qui lui avaient été prescrits, qu'il s'agisse des anti-inflammatoires, des antalgiques même majeurs, et des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale. Enfin, le ralentissement fonctionnel allégué par l'assuré paraissait clairement disproportionné par rapport aux constatations objectives de l'examen clinique et du bilan paraclinique biologique et radiologique. Même si l'assuré souffrait d'une rachialgie chronique, cela n'entraînait vraisemblablement pas dans le cadre d'une spondylarthrite ankylosante, pour les motifs retenus notamment par le Prof. F_____. D'un point de vue physique et somatique, les limitations fonctionnelles suivantes découlaient de l'atteinte à la santé rachidienne (séquelles de fracture de L2, discopathie L5-S1) : limitations dans la capacité de l'assuré de porter et de soulever des charges de plus de dix kilos, nécessité de pouvoir alterner les positions assises et debout toutes les trente à quarante-cinq minutes, pas d'activité en position de porte-à-faux avec le rachis lombaire. La capacité résiduelle de travail de l'assuré demeurait nulle dans son activité habituelle de technicien dans le service après-vente en raison des limitations fonctionnelles précitées et de la restriction de la mobilité rachidienne qui avait été objectivée lors de l'examen clinique. Il n'y avait pas de restriction à une éventuelle réadaptation professionnelle d'un point de vue somatique, compte tenu notamment du jeune âge de l'assuré. Toute activité respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré pourrait être réalisée à un taux de 100% d'un point de vue somatique, et cela, dès la date du rapport. Il n'y avait en effet pas d'argument en faveur d'une spondylarthrite ankylosante et partant, rien ne s'opposait d'un point de vue somatique à une reprise d'une activité professionnelle dans une activité adaptée. Enfin, le médecin a souligné que compte tenu de la discordance partielle entre les constatations cliniques et radiologiques objectives et les doléances exprimées par l'assuré et surtout au vu du retentissement fonctionnel majeur qui était allégué par l'assuré, cela sans qu'une explication somatique convaincante puisse être évoquée, il n'était pas exclu que l'assuré présentât une co-morbidité psychiatrique sous-jacente. Une évaluation psychiatrique complémentaire spécialisée semblait absolument nécessaire. 20. Dans son rapport d'expertise du 26 juin 2012, la docteure K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué, sans effet sur la capacité de travail, un syndrome de dépendance au tabac. Elle n'a pas retenu de diagnostic, sur le plan psychique, qui aurait une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, n'ayant pas objectivé d'éléments florides de la lignée dépressive, mis à part une humeur décrite comme fluctuante, non objectivée durant l'entretien, une diminution de la confiance en soi et des troubles du sommeil dus aux douleurs. Elle écartait donc tout épisode dépressif et toute dysthymie. Aucun ralentissement ou fatigabilité n'était mis en évidence, l'assuré ne présentait pas d'attaque de panique, d'anxiété généralisée, de phobie, de symptôme compatible avec un état de stress post-traumatique, de trouble affectif bipolaire, de trouble hyperactif ou de psychose. L'anamnèse ne révélait pas non plus des modalités de comportement permettant de conclure à un trouble de la personnalité au sens de la CIM-10. L'assuré ne présentait pas de détresse émotionnelle majeure ou de conflits psychosociaux

conséquents, et sa sociabilité était bonne, ce dernier ayant plaisir à rencontrer ses amis, raison pour laquelle le médecin a écarté un syndrome douloureux somatoforme persistant. En l'absence de toute pathologie psychique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et la capacité de travail était entière, dans l'activité habituelle, sans diminution de rendement. Toutefois, le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle paraissait mauvais car l'assuré était persuadé de souffrir d'une maladie rhumatologique invalidante. 21. Lors d'un entretien qui s'est tenu le 14 août 2012 entre l'assuré et une collaboratrice en réadaptation de l'OAI, cette dernière a proposé à l'assuré de mettre en place une mesure d'orientation de trois mois auprès de l'entreprise sociale privée Pro (ci-après l'entreprise Pro), afin de clarifier sa capacité à se réinsérer sur le marché primaire du travail et le cas échéant, déterminer une orientation réaliste et réalisable. L'assuré bénéficiait d'un délai de réflexion de dix jours pour donner son accord de principe. Dans l'affirmative, il faudrait attendre le rétablissement de son poignet droit, actuellement blessé suite à une chute. 22. Par courrier électronique du 23 août 2012, l'assuré a informé l'OAI qu'il devait faire un scanner de la main car il souffrait probablement d'une fracture qui ne se voyait pas sur une radio. 23. Le 20 septembre 2012, l'assuré a indiqué que sa main allait mieux. Il attendait des nouvelles de l'OAI par rapport à la mesure d'orientation que ce dernier lui avait proposée. Il restait néanmoins peu confiant quant à sa capacité de travail avec les médicaments qu'il prenait mais il voulait essayer et voir comment ça allait. 24. Par communication du 1^{er} novembre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il prendrait en charge les frais d'orientation professionnelle pour un stage au sein de l'entreprise Pro du 6 novembre 2012 au 24 février 2013. 25. Dans un rapport d'entretien téléphonique du 18 décembre 2012, l'OAI a indiqué qu'il avait contacté le secrétariat de la Dresse E_____ suite à une conversation avec un conseiller en évaluation de l'entreprise Pro, pour lui faire part de son inquiétude face aux propos tenus par l'assuré durant son stage, qui dénotaient un moral bas. 26. Dans un courrier électronique du 21 décembre 2012, une collaboratrice de la caisse AVS de la Fédération patronale vaudoise (FPV), a informé l'OAI que l'assuré n'avait été présent que les 6, 7, 14 et 15 novembre. L'entreprise Pro lui avait réclamé le certificat médical de novembre, qu'il a transmis avec l'attestation de présence de décembre. En décembre, l'assuré avait été malade tout le mois et n'avait pas fourni de certificat médical. Il avait déjà atteint les trente jours de maladie pour la première année de formation. S'il fournissait un certificat médical pour décembre, il pourrait être indemnisé jusqu'au 9 décembre 2012 y compris. 27. Par communication du 15 janvier 2013 annulant et remplaçant celle du 1^{er} novembre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'orientation professionnelle pour un stage au sein de l'entreprise Pro du 6 novembre au 9 décembre 2012. 28. Dans le rapport d'évaluation adressé à l'OAI le 6 février 2013, l'entreprise Pro a indiqué que l'assuré n'était pas revenu à sa place de travail depuis le 12 novembre 2012. Le conseiller en évaluation l'avait appelé, et à chaque fois, l'assuré l'informait de son incapacité à venir sur sa place de travail, ce dont le conseiller en évaluation informait l'OAI. Une réunion tripartite avait été agendée pour le 16 janvier 2013 entre l'entreprise Pro, l'assuré, et l'OAI, pour faire un point de situation, mais elle avait été annulée en raison de la situation du dossier. Après un contact avec l'assuré, l'OAI avait pris la décision d'arrêter la mesure. La période d'observation s'était donc résumée à une durée de quatre jours à raison de deux heures par jour en début de stage. Au vu du temps de présence effectif de l'assuré, il était impossible à l'entreprise Pro de transmettre une évaluation factuelle de ses capacités. 29. Dans un rapport de fin des mesures

de réadaptation professionnelle du 12 avril 2013, l'OAI a mentionné, sous l'intitulé « proposition » : « interruption des mesures de réadaptation et non pertinence de la poursuite de ces dernières ». Il a déclaré qu'il avait rappelé à l'assuré, par téléphone, que sa capacité de travail médico-théorique était totale dans une activité adaptée mais qu'il n'avait été présent que quatre jours auprès de l'entreprise Pro, et que celui-ci avait répondu que les investigations médicales actuelles ne permettaient pas de trouver le vrai diagnostic affectant sa santé et qu'il espérait que cela serait possible dans quelques années. L'OAI l'avait informé de la nécessité de l'informer si de nouveaux éléments médicaux pertinents étaient découverts et lui avait conseillé de s'adresser à l'Hospice général. L'OAI avait conclu qu'aucune mesure de réadaptation n'était envisageable en l'état, avait clôturé le mandat de réadaptation et procédé au calcul du degré d'invalidité, qui s'élevait à 23.1%. !

30. Dans son projet de décision du 2 septembre 2013, l'OAI a indiqué qu'au vu de l'absence prolongée de l'assuré dans le cadre de son stage au sein de l'entreprise Pro, son service de réadaptation avait conclu à la non pertinence de la poursuite de cette mesure. Il avait donc procédé au calcul de son degré d'invalidité qui s'élevait à 23%. Le degré d'invalidité de l'assuré étant inférieur à 40%, les conditions d'octroi d'une rente n'étaient pas remplies. L'OAI a rejeté la demande de l'assuré. !

31. L'assuré a informé l'OAI par téléphone du 2 octobre 2013 qu'il souhaitait s'opposer au projet de décision. Il n'a toutefois produit aucune écriture ni aucun élément pour appuyer sa démarche. Par décision du 14 octobre 2013, l'OAI a confirmé son projet du 2 septembre 2013. !

32. L'assuré a interjeté recours le 25 novembre 2013, affirmant avoir reçu la décision litigieuse le 26 octobre 2013. Il contestait le degré d'invalidité retenu par l'OAI. Il n'avait pas de nouveaux éléments médicaux à faire valoir, dans la mesure où son état de santé était toujours le même depuis 2010, sans amélioration. Depuis trois ans, c'était sa femme, atteinte d'une sclérose en plaques, qui subvenait à leurs besoins, et s'occupait de lui car ses douleurs étaient insupportables. Alors qu'elle n'était pas en grande forme tous les jours, elle devait cumuler deux emplois dont un en tant qu'indépendante pour lequel il n'arrivait même pas à l'aider plus de trente minutes par jour tellement il souffrait et était incapable de se concentrer sur quoi que ce soit. Tous les matins, il avait besoin de trois heures pour se réveiller après être sorti du lit à cause des médicaments (Sevredol, Sirdalud et Voltaren 100) qu'il devait prendre tous les soirs. A la mi-journée, lorsqu'il arrivait enfin à bouger normalement, il ne pouvait se maintenir dans la même position plus d'une heure et n'arrivait pas à se concentrer sur ce qu'il devait faire, ce qui rendait très compliquée la recherche d'un emploi. Les meilleurs jours, il arrivait à rester concentré et fonctionnel deux jours par semaine, quelques heures par jour. Son incapacité de travail était totale également dans une activité adaptée car ses douleurs n'étaient pas liées à l'effort. !

33. Le 28 novembre 2013, la chambre de céans a prié l'intimé de lui faire parvenir la preuve de la date à laquelle sa décision du 14 octobre 2013 avait été reçue par le recourant. Ce dernier a répondu le 5 décembre 2013 que cette dernière avait été envoyée par pli simple et non par courrier recommandé et qu'il n'y avait, par conséquent, pas de récépissé postal. !

34. Par courrier du 9 décembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a déclaré que les rapports d'expertise rhumatologique du 15 novembre 2011 et psychiatrique du 6 mars 2012 devaient se voir accorder pleine valeur probante. Les douleurs évoquées par le recourant dans le cadre de son recours avaient déjà été prises en compte et discutées par les experts, en particulier rhumatologique. En l'absence de nouveaux documents médicaux produits par le recourant et de modification de la situation depuis 2010, il persistait dans sa décision du 14 octobre 2013. !

35. Le 12 février

2014, le recourant a contesté pouvoir travailler dans un domaine d'activité adapté à ses limitations fonctionnelles. Il a constaté que l'intimé ne tenait pas compte du fait qu'il avait essayé de se convertir, sans succès. Il avait travaillé auprès de l'entreprise Pro deux heures par jour, et n'avait pu le faire que durant trois jours à concurrence d'une heure quotidienne, car malgré ses médicaments, les douleurs étaient insupportables et il n'arrivait pas à se concentrer, ni même, parfois, sortir du lit. L'intimé n'avait pas non plus mis en évidence la lourde médication qu'il prenait et qui n'était pas compatible avec un quelconque travail. Le Dr J_____ ne l'avait vu qu'une fois en 2011, pendant une heure. Or, il avait posé un diagnostic qui était contradictoire avec ce qu'il lui avait dit lors de la consultation, à savoir que la spondylarthropathie était très difficile à diagnostiquer, que cela pouvait prendre des années et qu'elle était très invalidante. Le médecin avait également omis de parler de ses douleurs périphériques à toutes les articulations. Le recourant s'est dit stupéfait que l'avis de son médecin traitant, qui le connaissait depuis une quinzaine d'années, ne soit pas pris en compte. 36. Lors de l'audience de comparution personnelle du 19 mars 2014, le recourant a déclaré qu'il n'était plus en traitement chez son médecin rhumatologue, car elle lui avait dit qu'elle ne pouvait plus rien faire pour lui. Il avait essayé tous les traitements applicables en cas de suspicion de spondylarthropathie, sans succès. Puis il avait fait une allergie médicamenteuse qui avait nécessité une hospitalisation. Actuellement, il était sous traitement de morphine, Voltarène et Sirdalud. C'était son médecin traitant, le Dr G_____, qui lui prescrivait ces médicaments. Sa rhumatologue traitante lui avait expliqué qu'elle ne pouvait rien faire pour lui, dans la mesure où cela pouvait prendre dix ans pour qu'une spondylarthropathie soit visible à l'IRM. Les rhumatologues ne pouvaient pas prouver le diagnostic de spondylarthropathie mais plusieurs choses avaient été mises en évidence par les examens de laboratoire. Les médecins ignoraient de quoi il souffrait, mais il était toujours sous traitement de morphine ; il essayait toutefois de ne pas en prendre tous les jours. Il ne contestait pas les conclusions de l'expertise psychiatrique, car ses problèmes n'étaient pas de cet ordre. Sa maladie avait évolué en ce sens que maintenant, il avait mal aux pieds, aux coudes et aux épaules. Au départ, les douleurs avaient beaucoup touché le dos, mais elles s'étendaient maintenant à l'ensemble des articulations. Son médecin traitant faisait de temps en temps des examens de laboratoire mais ne pouvait pas faire plus que de lui prescrire des médicaments antalgiques. Il prenait la plupart du temps de la morphine pour pouvoir dormir. Il pouvait prendre jusqu'à trois comprimés par jour, mais il lui arrivait d'en prendre quatre ou cinq. Son but « ce n'était pas l'AI mais de pouvoir retravailler ». Également entendu à cette occasion, l'intimé a proposé d'examiner avec le SMR la question de la capacité résiduelle de travail dans le temps et l'exigibilité. 37. Par courrier du 8 avril 2014, l'intimé a adressé à la chambre de céans un avis du SMR du 7 avril 2014, auquel il se ralliait intégralement. Ce dernier avait indiqué qu'au vu de l'ensemble des éléments médicaux en sa possession, il fallait retenir, comme diagnostic ayant des conséquences sur la capacité de travail du recourant, celui de dorsolombalgies chroniques aspécifiques sur discopathie L5-S1 et status post tassement de L2, ainsi que, comme diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, celui de trouble somatoforme douloureux. En effet, outre l'absence de détresse émotionnelle majeure ou de conflits psychosociaux conséquents relevée par la Dresse K_____, au vu du rapport d'expertise psychiatrique, les critères de gravité fixés par la jurisprudence n'étaient pas réunis, le recourant ne souffrant d'aucune atteinte à la santé psychiatrique, ni d'aucune perte de l'intégration sociale, dans la mesure où il avait un réseau d'amis avec lesquels il sortait et discutait si les douleurs le lui permettaient et allant nager ou se promener avec son épouse à la même condition. Le SMR

avait retenu février 2011 comme date de début de l'aptitude à la réadaptation sur la base de l'avis du Dr E_____ du 4 février 2011, dans lequel ce dernier avait indiqué que l'état du recourant était stationnaire et que dans un poste adapté, sa capacité de travail était entière. Le 11 avril 2011, le médecin avait décrit les limitations fonctionnelles du recourant et avait indiqué que le pourcentage de la capacité de travail dans une activité adaptée était à voir.

Le SMR en a conclu que « manifestement, dès avril 2011 [le recourant] avait une aptitude à la réadaptation ». Enfin, bien que le recourant alléguât une aggravation de ses douleurs, qui seraient devenues polyarticulaires et diffuses, il ne produisait aucune pièce médicale appuyant ses affirmations.![endif]>![if> 38. Le recourant a répondu le 26 avril 2014, relevant qu'il était souvent fait état d'éléments liés au rapport d'expertise psychiatrique, alors que ses douleurs étaient physiques et qu'il n'y avait donc « pas de quoi débattre de [s]a santé mentale ». Il a affirmé que les éléments médicaux invoqués dataient de 2010 et 2011, qu'il n'était fait référence nulle part à l'évolution et l'aggravation de son état de santé depuis cette date alors que ses médecins traitants et rhumatologues étaient au courant de l'aggravation de son état de santé depuis cette date. Par ailleurs, le SMR et l'OAI ne semblaient avoir aucune pièce médicale concernant les médicaments qu'il devait prendre, alors qu'il était déjà fragilisé par ces derniers lorsqu'il avait tenté une mesure de réinsertion.![endif]>![if> 39. Sur ce, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. 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). ![endif]>![if> En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la

modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision litigieuse ayant été envoyée par courrier simple, et le recourant affirmant l'avoir reçue le 26 octobre 2013, le recours, adressé à la chambre de céans le 25 novembre 2013 selon le timbre postal, a été interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi. Il est donc recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, respectivement sa capacité de travail. 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 1^{er} janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. 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). 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). Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATAS/797/2014 du 27.06.2014 ; ATAS/466/2014 du 02.04.2014 ; ATAS/433/2014 du 26.03.2014). 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). 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 8. En l'espèce, l'intimé a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité du recourant sur la base des expertises rhumatologique du Dr J_____ du 15 novembre 2011 et psychiatrique de la Dresse K_____ du 6 mars 2012. Le premier avait conclu à une totale capacité de travailler du recourant, sans diminution de rendement, dès la date du rapport, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui ne devait pas porter et soulever des charges de plus de dix kilos, devait pouvoir alterner les positions assises et debout toutes les trente à quarante-cinq minutes et exclure les activités en position de porte-à-faux avec le rachis lombaire. La seconde avait conclu à une capacité de travail totale du recourant dans toute activité, sans diminution de rendement. Le recourant a déclaré à deux reprises que ses problèmes n'étaient pas d'ordre psychologique et que par conséquent, il ne contestait pas les conclusions de la Dresse K_____. Il s'opposait en revanche à celles du Dr J_____, indiquant que ce dernier ne l'avait examiné qu'une seule fois durant une heure, qu'il avait omis de parler de ses douleurs périphériques et de tenir compte de sa médication lourde dans son rapport. Il convient d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise rhumatologique susmentionné. Ce document a été établi sur la base du dossier complet du

recourant, d'un examen clinique et d'un entretien avec ce dernier. Il comporte une anamnèse détaillée, une description des plaintes du recourant suivie d'une description du résultat des examens cliniques réalisés par le médecin, un résumé du dossier radiologique de l'assuré, des diagnostics clairs et précis et une explication motivée et détaillée de ces derniers avec des références aux éléments du dossier et aux constatations objectives du médecin, ainsi qu'une description claire des limitations fonctionnelles de l'assuré et de sa capacité de travail. Partant, le rapport d'expertise du Dr J_____ remplit les exigences formelles posées par la jurisprudence pour admettre sa valeur probante. S'agissant des arguments soulevés par le recourant à son encontre, il sera tout d'abord relevé que la jurisprudence a précisé que le nombre d'entretiens ou la durée de ceux-ci ne sont pas des critères retenus pour juger du caractère probant d'un rapport d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3a). La question de la durée de l'examen du Dr J_____ peut donc rester ouverte. Par ailleurs, contrairement à ce qu'indique le recourant, le Dr J_____ a fait état des douleurs périphériques invoquées par ce dernier, dans la mesure où il a mentionné, dans son rapport : « Les douleurs sont, d'après ses dires, localisées au niveau de tout le rachis, mais également aux articulations périphériques, aux mains, aux poignets, aux coudes, aux genoux et aux chevilles. », ainsi que : « Subjectivement, l'assuré déclare qu'il n'aurait pas eu de suivi auprès d'un psychiatre depuis qu'il souffre de ses douleurs ubiquitaires puisque en effet les douleurs ne concernent plus uniquement le rachis mais globalement quasiment toutes les parties du corps avec cependant des douleurs qui sont plutôt migrantes selon les jours et les activités qu'il réalise ». Il a toutefois également relevé qu'il n'y avait pas, à la date du rapport, de signes en faveur d'enthésopathies ou de synovites périphériques, que la mobilité des articulations périphériques n'était pas entravée, que le status neurologique paraissait dans la norme, sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires aux membres inférieurs et que les points de fibromyalgies étaient indolores. S'agissant de la contradiction invoquée par le recourant en lien avec le diagnostic retenu par le Dr J_____, même à admettre que ce dernier avait expliqué au recourant que la spondylarthropathie était très difficile à diagnostiquer, que cela pouvait prendre des années et qu'elle était très invalidante, cela ne signifierait pas que le médecin entendait retenir ce diagnostic en lien avec le recourant. En tout état de cause, l'expert a motivé de manière claire, dans son rapport, les raisons pour lesquelles ce diagnostic était improbable, se référant également aux rapports et constatations du Prof. F_____. En ce qui concerne la médication du recourant, le Dr J_____ a tenu compte, dans son rapport, de la prise, par le recourant, de morphine quatre fois par jour et des déclarations de ce dernier selon lesquelles il ne prenait plus de Dafalgan ou de Ponstan étant donné leur inefficacité. En tout état de cause, la rhumatologue traitante du recourant avait considéré, en février 2011, que la capacité de travail du recourant était totale dans une activité adaptée alors que ce dernier prenait de la morphine, du Voltarène retard et du Dafalgan. De plus, aucun élément du dossier ne permet de penser que la médication du recourant aurait des effets sur sa capacité de travail. Les arguments du recourant ne permettent pas de s'écarter des conclusions du Dr J_____. Dans un second temps, le recourant fait valoir que c'est à tort que l'intimé n'a pas pris en compte l'avis de son médecin traitant et qu'il n'a pas mentionné l'évolution et l'aggravation de son état de santé somatique depuis 2010 et 2011. En ce qui concerne l'avis des médecins et rhumatologue traitants du recourant, la chambre de céans relèvera tout d'abord que les conclusions du Dr J_____ rejoignent celles de la Dresse E_____. Cette dernière indiquait en effet, en février 2011 déjà, que la capacité de travail du recourant était totale dans une activité adaptée effectuée plutôt debout, sans port de charge, avec des

changements de positions fréquents, dans un premier temps à 50% puis à 100% selon l'évolution. Elle a confirmé son appréciation en avril 2011 également, tout en précisant qu'il fallait encore déterminer le taux d'activité. S'agissant du Dr G_____ – qui est spécialiste en médecine interne et non rhumatologue –, il n'a pas motivé, dans son rapport du 25 juin 2011, les raisons pour lesquelles il retenait toujours le diagnostic de spondylarthropathie malgré les avis antérieurs circonstanciés du Prof. F_____ ayant mené à une modification des diagnostics retenus par la Dresse E_____. Il n'a pas non plus expliqué les raisons de l'incapacité de travail totale dans toute activité, ni le fait que toutes les limitations fonctionnelles de la liste de l'intimé devraient être reconnues au recourant. De même, dans son rapport du 29 août 2011, s'il a modifié son diagnostic en rachialgies diffuses mal comprises multi investiguées, en références aux conclusions des médecins suscités, il n'a pas motivé les éléments lui permettant de conclure à une incapacité totale de travailler dans toute activité, à la date du rapport et pour l'avenir. Il n'est donc pas possible d'accorder une valeur probante aux rapports du Dr G_____. Enfin, s'agissant de l'aggravation de l'état de santé somatique invoquée par le recourant, elle n'a été alléguée qu'au cours de la procédure de recours, au stade de la duplique, et est contradictoire avec les affirmations antérieures du recourant selon lesquelles « la situation médicale [était] toujours la même depuis 2010 ». Par ailleurs, le recourant n'a produit aucun document médical permettant de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, à une aggravation de son état de santé somatique, qui plus est une aggravation antérieure à la décision litigieuse, qui aurait des effets sur sa capacité de travail. Or, il faut rappeler ici que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 248 consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4). En tout état de cause, si son état de santé devait se péjorer à l'avenir, le recourant pourrait déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a conclu à une capacité de travail totale dans une activité adaptée à compter du 4 février 2011. 9. Il convient à présent de déterminer le degré d'invalidité du recourant.!

[endif]>![if> Selon 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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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. 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 être raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (Art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus,

il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 ; 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). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; Arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). 10. En l'espèce, dans la mesure où le recourant a déposé sa demande de prestations au mois de novembre 2010 en raison d'atteintes à la santé ayant engendré une incapacité de travail depuis le mois d'avril 2010, il convient de se placer en 2011 pour procéder à la comparaison

des revenus. S'agissant du revenu sans invalidité, c'est à bon droit que l'intimé s'est basé sur le dernier salaire perçu par le recourant, soit un salaire mensuel de CHF 5'200.- et annuel de CHF 67'600.- (CHF 5'600.- x 13) en 2010. Ce montant doit être indexé à 2011 selon l'évolution des salaires pour les hommes en termes nominaux (2010 : 2'151 et 2011 : 2'171 ; Évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2011), ce qui donne un revenu sans invalidité de CHF 68'229.-.

Concernant le revenu avec invalidité, c'est également à bon droit que l'intimé a pris, comme salaire de référence, celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé selon le tableau TA1 de l'ESS 2010, à savoir un salaire mensuel de CHF 4'901.-, soit un salaire annuel de CHF 58'812.- (CHF 4'901 x 12). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux limitations du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2011 (et non 2010 comme retenu par l'intimé) de 41,7 heures, ce montant doit être porté à CHF 61'312.- (CHF 58'812.- x 41,7 / 40). Enfin, ce montant doit être indexé à 2011, ce qui porte le salaire annuel à CHF 61'882.- et non CHF 61'733.- comme retenu par l'intimé. L'intimé a tenu compte d'une réduction de 15% en raison des limitations fonctionnelles du recourant. Etant rappelé que le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration, le salaire d'invalidité est fixé à CHF 52'600.- après calcul de l'abattement de 15%, ce qui donne un degré d'invalidité de 22.9 % (CHF 68'229 - CHF 52'600 / CHF 68'229 x 100), soit 23% selon la jurisprudence mentionnée plus haut. La chambre de céans notera à toutes fins utiles que même dans l'hypothèse où un abattement de 25% avait été retenu, le degré d'invalidité du recourant n'aurait été que de 32%, soit un degré d'invalidité insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente. Partant, le taux de 23% retenu par l'intimé est confirmé, de sorte que c'est à bon droit que ce dernier a nié au recourant un droit à une rente. 11. Reste à examiner le droit du recourant à des mesures professionnelles.

Conformément à l'art. 8 al. 1er 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 du 17 janvier 1961 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). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, il y a lieu d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2). Le but poursuivi par la mesure doit donc s'inscrire dans une certaine durée, et son succès doit être proportionné à son coût. Enfin, la mesure concrète doit être raisonnablement exigible de l'assuré (ATF 130 V 488 consid. 4.3.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2). En effet, une mesure de reclassement ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée. Les mesures ne seront donc pas allouées si elles semblent d'emblée vouées à l'échec (arrêt du Tribunal fédéral I 170/06 du 16 février 2007 consid. 3.2 et 3.4). Conformément aux principes susmentionnés, un degré d'invalidité de plus de 20% ouvre le droit à des mesures de reclassement. Or, l'intimé ne s'est pas du tout prononcé sur cette question, se contentant d'indiquer que vu l'absence prolongée du recourant lors du stage au sein de l'entreprise Pro, son service de réadaptation avait conclu à la non pertinence de la poursuite dudit stage. La chambre de céans soulignera tout d'abord que la décision litigieuse ne prononce pas formellement l'interruption de ce stage. Par ailleurs, elle rappellera que selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral I 605/04 du 11 janvier 2005 consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113; voir également arrêt du Tribunal fédéral I 552/06 du 13 juin 2006 consid. 4). Certes, en l'espèce, le recourant n'a été présent que durant quatre jours au sein de l'entreprise Pro. Cependant, cet élément ne suffit pas à conclure à un manque de faculté subjective de reclassement du recourant, qui permettrait de considérer que les mesures d'ordre professionnel seraient vouées à l'échec, ce d'autant plus que ce dernier a confirmé, en audience de comparution personnelle, qu'il souhaitait retravailler. En tout état de cause, l'OAI n'a pas procédé à la sommation légale. A cet égard, il sera précisé que bien que le rapport d'évaluation de l'entreprise Pro du 6 février 2013 fasse état de contacts entre l'intimé et le recourant suite à l'absence de ce dernier lors du stage, aucune note téléphonique relatant cet entretien ne figure au dossier. Quoi qu'il en soit, la mise en demeure mentionnée ci-dessus aurait dû être écrite, comme précisé expressément par l'art. 21 al. 4 LPGA. De ce fait, la cause devra être renvoyée à l'intimée pour qu'il procède conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA, avant de statuer formellement sur le droit aux

mesures d'ordre professionnel en fonction de la suite que le recourant aura donné à cette mise en demeure. 12. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis au sens des considérants. Le recourant, qui n'est pas représenté, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité, l'intimé supportera un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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