

GE_GERICHTE A/3877/2011 vom 5. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3877_2011

FR: GE_GERICHTE A/3877/2011 du 5 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/3877/2011 del 5 novembre 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 05.11.2012
A/3877/2011

A/3877/2011 ATAS/1325/2012 du 05.11.2012 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3877/2011
ATAS/1325/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 5
novembre 2012 9ème Chambre En la cause Monsieur M _____, domicilié à Onex,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHEIDT
recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, Service juridique, rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT Monsieur
M _____ (ci-après l'assuré), est né en 1954 au Maroc. Arrivé en Suisse en 1982, il a
travaillé en tant que monteur électricien notamment auprès de X _____ S.A. (ci-après
l'employeur ou la société) dès le 14 juin 2004. Dès le 24 mars 2005, l'assuré a été en
incapacité de travail. Le 29 novembre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations
auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI) tendant à l'octroi
de mesures professionnelles. Il y a notamment indiqué avoir fait un apprentissage de
monteur électricien au Maroc (de 1970 à 1973), avoir obtenu un certificat de capacité et
exercé ce métier. Il a annexé son curriculum vitae ainsi qu'un certificat d'efficacité
professionnelle établi le 19 décembre 1987 par Y _____ S.A. reconnaissant les
qualités professionnelles de l'assuré en tant que monteur-électricien qualifié. Par rapport du
22 décembre 2006, la Dresse A _____, spécialiste FMH en médecine
interne-rhumatologie, a indiqué avoir vu l'assuré entre le 15 juillet 2002 et le 17 juin 2003
pour des douleurs dorsolombaires, puis des deux épaules survenues suite à un accident de
voiture. Les différents traitements avaient été inefficaces et à chaque reprise de travail, les
douleurs avaient récidivé. Depuis environ mars 2003, l'assuré était suivi par d'autres
intervenants. Par rapport du 19 décembre 2006, le Dr B _____, spécialiste FMH en
médecine physique et réadaptation ainsi qu'en médecine générale, a diagnostiqué une
tendinopathie bilatérale de la coiffe des rotateurs des épaules gauche et droite depuis 2002.
L'incapacité de travail avait été totale du 21 mars 2005 au 28 mars 2006. L'assuré ne
pouvait plus exercer son activité habituelle, mais une autre activité épargnant les membres
supérieurs, principalement le membre supérieur gauche, avec allègement de la charge, ainsi
que des travaux à plus de 90° d'élévation, pouvait être exercée pleinement, sans diminution
de rendement dès le 1 er avril 2006. Un travail administratif de préférence était
envisageable. Selon le médecin, des mesures professionnelles étaient indiquées. Selon le
questionnaire rempli par l'employeur en date du 2 février 2007, l'assuré avait travaillé en
tant que monteur électricien depuis le 14 juin 2004 à plein temps, son salaire mensuel s'était
élevé à 4'018 fr. 20 en juin 2004, à 5'200 fr. pour les mois de juillet à décembre 2004, et à
4'160 fr. pour les mois de janvier à mars 2005. L'assuré avait également reçu un 13 ème
salaire en 2004. Par rapport du 22 septembre 2008, le Dr C _____, spécialiste en

chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une rupture du tendon du sus-épineux gauche et un conflit sous-acromial. Suite à l'opération, l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé. Il présentait des douleurs constantes augmentant lors de l'activité physique. Concernant les limitations fonctionnelles, il a estimé que l'assuré n'était pas capable de travailler avec les bras au-dessus de la tête. Par rapport du 22 décembre 2009, le Dr C _____ a indiqué qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics. Après la réparation de la coiffe à droite, l'évolution avait été favorable, puis les douleurs étaient réapparues. Depuis le 31 août 2009, la situation était stationnaire. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50% depuis le 25 août 2009. Il a noté que l'assuré suivait un traitement de physiothérapie intensive et qu'une reprise de travail était à évaluer en fonction de l'évolution. Par avis du 9 février 2010, la Dresse D _____ du Service médical régional (ci-après SMR) a indiqué que le dossier était peu clair, car l'assuré était à l'Hospice général depuis mai 2005. Toutefois, il convenait de définir la capacité résiduelle fonctionnelle dans l'activité habituelle de monteur électricien et dans une activité adaptée depuis le 15 décembre 2004. Pour ce faire, le SMR proposait de soumettre l'assuré à une expertise rhumatologique. Par rapport reçu le 15 janvier 2010 par l'OAI, le Dr B _____ a indiqué qu'il ne pouvait remplir le questionnaire médical étant donné qu'il n'avait pas vu l'assuré depuis le 30 août 2006. Mandaté par l'OAI, le Dr E _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, par rapport du 29 avril 2010, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des omalgies bilatérales chroniques (status après déchirure de la coiffe des rotateurs droite et gauche, un status après suture de la coiffe des rotateurs et probable acromioplastie de l'épaule gauche le 7 juillet 2008, un status après suture de la coiffe des rotateurs et probable acromioplastie droite le 22 décembre 2009 et un conflit sous-acromial bilatéral persistant). Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assuré présentait un status après contusion dorsale droite le 12 juillet 2002, un status après contusion des deux chevilles le 10 juillet 2004, un status après entorse de la cheville droite bénigne le 25 août 2004 et un status après contusion cervicale le 15 décembre 2004. Hormis l'atteinte ostéo-articulaire au niveau des épaules, l'examen clinique de l'assuré pouvait être considéré comme dans les limites de la norme. S'agissant des épaules, on constatait une restriction de la mobilité. Il n'y avait toutefois pas d'éléments clairs en faveur d'une capsulite rétractile. On constatait également des contractures musculaires au niveau des angulaires de l'omoplate et des trapèzes. L'examen neurologique et cervico-dorso-lombaire pouvaient être considérés dans la norme. Les examens complémentaires disponibles lors de l'expertise corroboraient les déclarations de l'assuré ainsi que les constatations de l'examen clinique. L'expert a estimé qu'il existait une bonne corrélation entre les plaintes de l'assuré et les constatations de l'examen clinique et le bilan para-clinique, ce qui permettait de retenir les limitations fonctionnelles suivantes : des limitations dans la capacité de porter et de soulever des charges de plus de 5 kg principalement en levant les deux bras, des limitations dans la capacité de faire des mouvements d'abduction des membres supérieurs au-dessus de 70° et lors des mouvements d'élévation antérieure (anteflexion) des membres supérieurs au-dessus de 70°, des limitations dans la capacité de faire des mouvements de rotations des deux épaules. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de monteur électricien depuis le 24 mars 2005 en raison de son atteinte au niveau des deux épaules, avec notamment une atteinte de la coiffe des rotateurs des deux côtés. Dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible était de 70% compte tenu d'une baisse de rendement, à savoir dans une activité où l'assuré ne devrait pas faire de mouvements d'élévation ou d'abduction

supérieurs à 70°, et où il ne devrait pas faire de mouvements de rotations des deux membres supérieurs et enfin ne pas porter de charges de plus de 5 kg. Une telle activité adaptée pourrait être une activité de conseiller à la clientèle, de réceptionniste, dans laquelle l'assuré ne devrait pas faire de travaux de manutentions. Des mesures de réadaptation professionnelles étaient envisageables, l'assuré, âgé de 55 ans, s'exprimant couramment en français, arabe et espagnol, disposant déjà d'un diplôme de monteur électricien et paraissant relativement motivé quant à suivre de telles mesures. Par avis du 29 novembre 2010, la Dresse D_____ a retenu que l'assuré présentait des omalgies bilatérales chroniques après status après déchirure de la coiffe des rotateurs droite et gauche, status après suture de la coiffe des rotateurs et probable acromio-plastie de l'épaule gauche (le 7 juillet 2008), status après suture de la coiffe des rotateurs et probable acromio-plastie droite (le 22 décembre 2009) et conflit sous-acromial bilatéral. L'activité habituelle n'était pas exigible. Toutefois, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail raisonnablement exigible était de 70% depuis avril 2010, soit quatre mois après la dernière intervention pratiquée au niveau de l'épaule droite. Il convenait de traduire cette capacité de travail résiduelle en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation. Le 9 décembre 2010, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré. S'agissant du salaire sans invalidité, en l'absence de données salariales concrètes et vu le parcours professionnel de l'assuré, il convenait de se fonder sur les ESS 2006, TA1, tous secteurs confondus, pour une activité simple et répétitive (niveau 4), soit un montant de 59'197 fr. à plein temps. Ce revenu était largement à la faveur de l'assuré, qui, à la lecture des comptes individuels AVS (ci-après CI), n'avait jamais obtenu pareil salaire. S'agissant du salaire avec invalidité, étant donné que l'assuré avait une capacité de travail résiduelle à 70% dans différents secteurs d'activités, il y avait lieu de se baser sur les ESS 2006, TA1, tous secteurs confondus, pour une activité simple et répétitive (niveau 4), soit 59'197 fr. pour un plein temps, ou 41'438 fr. à 70%. Avec un abattement de 10%, compte tenu des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère était possible, le revenu d'invalidité était de 37'294 fr. Il en résultait un degré d'invalidité de 37%. Par projet de décision du 7 février 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière du 1^{er} mars 2006 jusqu'au 30 juin 2010. Il avait été constaté qu'en raison de ses atteintes à la santé, l'assuré avait une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 24 mars 2005, ce qui ouvrait le droit à une rente entière dès mars 2006, soit à la fin du délai d'attente. Dès avril 2010, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 70%, ce qui entraînait un degré d'invalidité de 37%, insuffisant pour le maintien d'une rente. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, vu ses limitations l'assuré pouvait travailler dans un grand nombre de professions, ce qui ne rendait pas nécessaire l'octroi de mesures d'orientation en tant que telles. Un reclassement professionnel n'était pas de nature à réduire le dommage dans sa situation. Au vu des éléments au dossier, une telle mesure ne serait pas adéquate. Sur demande écrite et motivée de la part de l'assuré, l'OAI pouvait étudier la possibilité de mettre en œuvre une aide au placement. Par décision du 14 octobre 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100% du 1^{er} mars 2006 au 30 juin 2010. Dès le 1^{er} juillet 2010, la rente était supprimée dès lors que le degré d'invalidité était de 37%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. En comparant le revenu sans invalidité en 2006, soit 59'197 fr. pour un plein temps, au revenu avec invalidité en 2006 à 70%, soit 37'294 fr., le degré d'invalidité était de 37%, insuffisant pour le maintien du droit à la rente, de sorte que dès le 1^{er} avril 2010 (sic) la rente était supprimée. Sur demande écrite et motivée de l'assuré, la possibilité de mettre en œuvre une aide au placement

pouvait être examinée. Par acte du 15 novembre 2011, complété le 13 janvier 2012, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, concluant principalement au versement d'une demi-rente à compter du 1^{er} avril 2010. Le recourant fait valoir que les limitations fonctionnelles qu'il présente sont supérieures à celles retenues par l'expertise. Il explique être régulièrement suivi par le Dr C _____, et depuis une année également par le Dr F _____, dont il requiert les auditions sur l'étendue de ses limitations fonctionnelles. S'agissant du revenu sans invalidité, le recourant fait valoir qu'il a toujours exercé l'activité de monteur-électricien entre 1982 et 2005 en Suisse. Sans la survenance de son invalidité, il aurait continué son activité de monteur électricien, profession qu'il avait apprise et dans laquelle il s'épanouissait. Dans cette profession, il bénéficiait de bonnes compétences, de bonnes références et d'une solide expérience professionnelle. Selon la convention collective genevoise pour le métier de monteur-électricien dans le canton de Genève (ci-après CCT), en 2005, le salaire/horaire pour un monteur-électricien qualifié était de 26 fr. 65. Selon les calculs effectués sur la base de cette CCT, le recourant aurait réalisé sans la survenance de l'invalidité, un salaire annuel de 64'886 fr. 25 en 2006. S'agissant du salaire avec invalidité, dès lors que le recourant était âgé de 58 ans, qu'il était éloigné du marché du travail depuis près de 7 ans, qu'il ne pouvait exercer une activité légère qu'à temps partiel et en respectant de nombreuses limitations fonctionnelles, il se justifiait d'admettre une réduction du salaire statistique de 25%. En comparant les deux revenus, le degré d'invalidité était de 52%, ce qui lui donnait droit à une demie rente. Enfin, le recourant a notamment produit une décision sur opposition rendue le 12 septembre 2005 par la SUVA, assureur-accidents, mettant un terme à l'octroi des prestations au 31 mars 2005. Par réponses des 5 décembre 2011 et 10 février 2012, l'intimé conclut au rejet du recours. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé fait valoir qu'en l'absence de données salariales concrètes et vu le parcours professionnel du recourant, il convenait de se fonder sur les ESS, tous secteurs confondus, pour une activité simple et répétitive (niveau 4). Le revenu obtenu était largement à la faveur du recourant, qui durant sa carrière professionnelle en Suisse, n'avait jamais obtenu pareil salaire. Par ailleurs, selon le dossier du recourant, celui-ci n'avait jamais eu de rapport de travail stable ni d'une durée suffisante ; il n'avait exercé que des activités de courte durée. En outre, le recourant n'était pas au bénéfice d'une formation de monteur électricien certifié et, au vu de ses CI, il n'avait pas une solide expérience professionnelle qui justifierait que l'on prenne un salaire sans invalidité de 64'886 fr. 25. S'agissant du salaire avec invalidité, un abattement de 10% se justifiait car hormis les limitations fonctionnelles relativement nombreuses mais n'empêchant pas la mise en valeur d'une capacité de travail du recourant, il n'y avait pas d'autre élément déterminant dans ce contexte qui aurait justifié une réduction supérieure au taux retenu. Par réplique du 29 février 2012, le recourant conteste l'abattement de 10%. Par ailleurs, le fait qu'il ait connu de brèves périodes de chômage durant sa carrière professionnelle, au cours de laquelle il n'avait exercé que comme monteur-électricien, ne saurait conduire à rejeter le salaire effectif réalisé par un monteur électricien qualifié. Enfin, alors qu'il ne peut plus exercer son activité habituelle et que sa capacité de travail résiduelle est de 70%, l'intimé n'avait pas traduit cela en terme de réadaptation, alors que l'expert avait estimé que des mesures de réadaptation étaient indiquées. Le recourant persiste dans ses conclusions et demande également l'audition du Dr E _____ ainsi que d'un spécialiste en réadaptation auprès de l'intimé. Par courriers des 1^{er} et 19 mars 2012, le recourant a indiqué être dans l'attente d'informations de la part du Dr C _____. Par duplique du 26 mars 2012, l'intimé persiste dans ses conclusions. L'abattement de 10% se justifiait car les activités adaptées

envisageables (de niveau 4, simples et répétitives), ne requéraient pas une expérience professionnelle diversifiée et la diminution de rendement avait été dûment prise en compte pour déterminer la capacité de travail du recourant, elle ne pouvait l'être une seconde fois. Le recourant était par ailleurs seulement âgé de 57 ans au moment de la décision litigieuse. Or, il n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considérait généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré. Enfin, vu la capacité de travail résiduelle de 70%, le recourant pouvait exercer des tâches simples, comme la préparation des commandes, l'emballage et l'emboîtement pour des articles légers. Le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, accessibles sans aucune formation particulière. Par ailleurs, l'intimé a relevé que sur demande écrite et motivée du recourant, une aide au placement pouvait être mise en place, or celui-ci ne s'était jamais manifesté. Par écriture du 26 avril 2012, le recourant persiste dans ses conclusions. Il précise n'avoir pas pu obtenir la détermination médicale demandée au Dr C _____.

L'intimé n'avait pas retenu l'âge du recourant, la nécessité de travailler à temps partiel, ni les années de services, de sorte qu'un abattement de 25% se justifiait. Par écriture du 14 mai 2012, l'intimé fait valoir que le manque de formation professionnelle ne constitue pas un critère de réduction du salaire statistique. Il persiste également dans ses conclusions. Par plis des 3 et 27 septembre 2012, la Cour de céans a demandé à Monsieur N _____, administrateur-président de la société - tombée en faillite le 25 juin 2012 -, le salaire qu'aurait perçu le recourant s'il n'avait pas été atteint dans sa santé.

L'administrateur-président a, lors d'un entretien téléphonique avec le greffe de la Cour de céans, expliqué qu'il ne connaissait pas l'évolution des salaires des employés au sein de la société et que la personne ayant ces connaissances avait quitté la Suisse pour Kuala Lumpur. Par pli du 11 octobre 2012, la Cour de céans a informé les parties de ce qui précède. Pour le surplus, la cause était gardée à juger. EN DROIT 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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. 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). En l'espèce, la décision litigieuse, du 14 octobre 2011, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1 er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4 ème révision) et, le 1 er janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5 ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4 ème et 5 ème révisions de cette loi, 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 (ATFA non publié 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). 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, en vertu des art. 56ss LPGA. L'objet du litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a limité le droit du recourant à une rente du 1^{er} mars 2006 au 30 juin 2010 et a refusé le droit à des mesures d'ordre professionnel. S'agissant de la rente, on précisera que si la motivation de la décision indique que c'est à compter du 1^{er} avril 2010 que le versement de la rente entière est supprimé, il n'en demeure pas moins que celle-ci a été versée jusqu'au 30 juin 2010, selon le décompte figurant en page 2 de la décision litigieuse. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. (). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a ; ATF non publié 9C_1006/2010 du 22 mars 2011, consid. 2.2). 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). 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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). Enfin, 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). En l'occurrence, la décision de l'intimé est principalement basée sur l'expertise rhumatologique diligentée par le Dr E_____ en date du 29 avril 2010. Celui-ci a, en substance, exposé que le recourant présentait des omalgies bilatérales chroniques (status après déchirure de la coiffe des rotateurs droite et gauche, status après suture de la coiffe des rotateurs et probable acromioplastie de l'épaule gauche le 7 juillet 2008, status après suture de la coiffe des rotateurs, probable acromioplastie droite le 22 décembre 2009 ainsi qu'un conflit sous-acromial bilatéral persistant). En raison de ces atteintes, le recourant présentait des limitations dans la capacité de porter et de soulever des charges de plus de 5 kg principalement en levant les deux bras, des limitations dans la capacité de faire des mouvements d'abduction des membres supérieurs au-dessus de 70° et lors des mouvements d'élévation antérieure (anteflexion) des membres supérieurs au-dessus de 70° et des limitations dans la capacité de faire des mouvements de rotations des deux épaules. S'agissant de la capacité de travail, l'expert a estimé qu'elle était nulle dans l'activité habituelle de monteur-électricien depuis le 24 mars 2005 en raison de son atteinte au niveau des deux épaules, avec notamment une atteinte de la coiffe des rotateurs des deux côtés. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail exigible était de 70% compte tenu d'une baisse de rendement. Il convient de constater que le rapport du Dr E_____ se base sur des examens du recourant et sur son dossier médical. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé du recourant, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il s'ensuit que son rapport remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit accordée une pleine valeur probante. On relèvera par ailleurs qu'aucune pièce médicale versée au dossier ne permet de remettre en cause les conclusions de l'expert. Les rapports des Drs A_____, B_____ et C_____, qui ont été dûment pris en considération par le Dr E_____, ne font pas état de diagnostics qui n'auraient pas été retenus par ce dernier. Par ailleurs, les médecins traitants ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Enfin, les conclusions de l'expert et de la Dresse D_____ quant à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle sont favorables au recourant, dès lors que le Dr C_____ a estimé que cette capacité de travail était de 50% dès le 25 août 2009 (rapport du 22 décembre 2009). S'agissant des limitations fonctionnelles, le recourant fait valoir qu'elles seraient supérieures à celles retenues par l'expert et conclut à ce que les Drs C_____ et F_____ soient entendus à ce propos. Or, force est de constater que le recourant ne produit aucune pièce permettant de mettre en doute les conclusions de l'expert sur ce point. Qui plus est, les limitations fonctionnelles retenues par l'expert sont plus nombreuses que celles retenues par le Dr C_____, celui-ci faisant état uniquement d'une impossibilité pour le recourant de travailler avec les bras au-dessus de la tête (rapport du 22 septembre 2008). Compte tenu de ce qui précède, l'audition des Drs C_____ et F_____, demandée par le recourant, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion subsidiaire du recourant doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c). Il y a donc lieu de retenir qu'en raison des troubles somatiques, le recourant présente une capacité de travail nulle dans son activité

habituelle dès le 24 mars 2005. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail est de 70% compte tenu d'une baisse de rendement. Si l'expert ne se prononce certes pas sur la date à partir de laquelle l'exercice d'une activité adaptée serait exigible de la part du recourant, il n'en demeure pas moins que l'on ne saurait s'écarter de celle retenue par la Dresse D _____, à savoir avril 2010, soit quatre mois après la dernière intervention pratiquée au niveau de l'épaule droite (avis du 29 novembre 2010). Au demeurant, ce point n'est pas contesté par le recourant. Reste encore à examiner le degré d'invalidité que présente le recourant. a) En vertu de l'art. 29 al. 1 let. b LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI dès le 1^{er} janvier 2008), 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. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage

ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité 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; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). En l'occurrence, comme l'a retenu à juste titre l'intimé dans sa décision litigieuse, l'incapacité de travail totale dans toute activité correspond à une invalidité de 100% et donne droit à une rente entière d'invalidité, à compter du 1^{er} mars 2006, soit à l'échéance d'une année d'attente à compter du 24 mars 2005. Reste donc à déterminer le degré d'invalidité que subit le recourant lorsque sa capacité de travail est de 70% dans une activité adaptée. a) S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé a estimé que l'on ne pouvait se baser sur le salaire que le recourant aurait obtenu en tant que monteur électricien, vu l'absence de données salariales concrètes, du fait qu'il n'avait jamais eu de rapport de travail stable, ni d'une durée suffisante. Selon l'intimé, le recourant n'est pas au bénéfice d'une formation de monteur électricien certifiée et, au vu de ses CI, il n'a pas une solide expérience professionnelle. On ne saurait toutefois admettre le raisonnement de l'intimé, ce pour les motifs qui suivent. Si l'obtention d'un certificat de monteur électricien n'est certes pas attestée par pièce, il n'en demeure pas moins que les explications fournies par le recourant à cet égard ont toujours été constantes. Ainsi, sa demande de prestations du 28 novembre 2006 mentionnait déjà un apprentissage de monteur électricien effectué au Maroc de 1970 à 1973 avec l'obtention d'un certificat de capacité. Une attestation d'apprentissage établie le 10 juillet 1972 figure d'ailleurs au dossier (pièce 13 page 1 chargé intimé). De surcroît, le

recourant a également fait état de cette formation à l'expert ainsi que de l'exercice de ce métier au Maroc, en France et en Suisse (rapport d'expertise, page 1). S'agissant de l'expérience professionnelle du recourant en tant que monteur électricien, s'il est vrai que les mentions aux CI ne permettent pas de retenir des relations de travail stables et de longue durée, cette seule circonstance ne suffit toutefois pas pour mettre en doute l'exercice de cette profession. Il ressort du curriculum vitae transmis par le recourant à l'intimé en 2006 - soit bien avant que ce dernier ne remette en question l'exercice de cette activité professionnelle - que le recourant a travaillé pour BADEL S.A. de 1982 à 1984, société spécialisée dans les installations électriques (selon l'extrait du Registre du commerce du canton de Genève). De 1984 à 2004, le recourant a travaillé pour des sociétés actives dans le domaine du placement de personnel temporaire, ce qui pourrait expliquer la courte durée de ses relations de travail. De surcroît, un de ses employeurs à Genève, Y_____ S.A., a établi un certificat d'efficacité professionnelle le 19 décembre 1987 reconnaissant les qualités professionnelles du recourant en tant que monteur électricien qualifié. Qui plus est, en juillet 2002, le recourant a été victime d'un accident alors qu'il travaillait en tant que monteur électricien (décision sur opposition de la SUVA du 12 septembre 2005, pièce 4 chargé recourant). Au demeurant, il est établi et non contesté qu'au moment où a débuté l'incapacité de travail de longue durée déterminante en l'espèce - soit le 24 mars 2005 -, le recourant travaillait depuis plus de neuf mois en tant que monteur électricien. On ne se trouve dès lors pas dans l'hypothèse visée par jurisprudence où l'on ne disposerait d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de se référer au salaire sans invalidité que le recourant aurait obtenu dans sa profession de monteur électricien en 2010, soit l'année de l'amélioration de sa capacité de travail. Si l'employeur a certes indiqué les salaires versés au recourant de juin 2004 à mars 2005, on ne saurait toutefois se fonder sur ces montants, dans la mesure où ils ont varié de manière importante entre 2004 et 2005, passant de 5'200 fr. à 4'160 fr., sans que l'on en connaisse les motifs. Etant donné par ailleurs que l'instruction menée dans le cadre de la présente procédure n'a pas permis d'obtenir l'évolution du salaire du recourant auprès de son employeur, il se justifie de se référer au salaire prévu par la CCT pour le métier de monteur électricien dans le canton de Genève du 9 juin 2006 (RS/GE J 1 50.26), dont l'arrêté, à fin de prorogation des arrêtés étendant le champ d'application des conventions collectives de travail pour les métiers de la métallurgie du bâtiment, est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2010. Le salaire minimum mensuel en 2010 était de 4'909 fr. 60 (28 fr. 33 x 173.3 heures), soit un salaire annuel de 63'824 fr. (4'909 fr. 60 versés 13 fois, selon l'art. 3.13 CTT). On doit considérer que ce revenu correspond à celui que le recourant aurait effectivement pu réaliser dans la profession de monteur électricien, étant précisé qu'il n'y a pas d'indice concret au dossier qui permettrait de retenir que le recourant aurait pu travailler pour le compte d'un employeur versant un salaire supérieur à la CCT. b) S'agissant du salaire avec invalidité, le recourant n'ayant pas repris d'activité lucrative, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé aux ESS. En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 58'812 fr. par année (ESS 2010, TA1). 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 handicaps du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures; La Vie économique,

9-2012, p. 94, B9.2), ce montant doit être porté à 61'164 fr. pour un plein temps (58'812 x 41.6 : 40) ou 42'815 fr. à 70%. A ce montant, il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique. En l'occurrence, l'intimé a retenu un abattement de 10% sur le salaire statistique compte tenu des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère est possible. Cela étant, il y a lieu de relever que cet abattement ne tient pas compte de manière appropriée des effets que l'âge du recourant (57 ans au moment de la décision litigieuse) et son absence prolongée du marché du travail peuvent jouer concrètement sur ses perspectives salariales, de sorte qu'une déduction de 15% apparaît plus justifiée. Hormis ces éléments, il n'y a pas d'autre circonstance à prendre en considération, étant encore précisé que les années de service ne peuvent être prises en compte, comme l'invoque le recourant, puisqu'il ne travaillait que depuis neuf mois auprès de son employeur au moment où a débuté son incapacité de travail de longue durée. Compte tenu donc de l'abattement de 15%, le revenu d'invalidé sur la base statistique s'élève à 36'393 fr. (42'815 - 6'422), qui, une fois comparé avec le revenu sans invalidité de 63'824 fr., donne un taux d'invalidité de 43% (63'824 - 36'393 : 63'824 x 100), soit un taux ouvrant droit à un quart de rente. Il s'ensuit que le recourant a droit à une rente entière dès le 1^{er} mars 2006 et à un quart de rente dès le 1^{er} août 2010 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail en avril 2010). Compte tenu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé a octroyé au recourant une rente entière limitée du 1^{er} mars 2006 au 30 juin 2010. Reste encore à se prononcer sur une éventuelle mesure d'ordre professionnel. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (ATF non publié 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal

admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). En l'occurrence, la décision litigieuse indique uniquement que sur demande écrite et motivée du recourant, l'intimé étudiera la possibilité de mettre en œuvre une aide au placement. Force est de constater que dans le cadre de l'instruction du dossier, le recourant n'a jamais été reçu par le Service de réadaptation de l'intimé. Or, on relèvera que la demande de prestations déposée par le recourant tendait à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle, que l'expert a estimé que des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables - le recourant s'exprimant couramment en langue française, arabe et espagnole et paraissant relativement motivé quant à suivre de telles mesures - (rapport d'expertise p. 11), et que la Dresse D_____ a estimé que le dossier du recourant devait être transmis à un spécialiste de la réadaptation (avis du 29 novembre 2010). Ainsi, attendu que l'instruction du dossier par l'intimé n'a pas porté sur la question d'une mesure d'ordre professionnel, il y a lieu de lui renvoyer la cause pour qu'il instruisse les conditions objectives et subjectives d'une telle mesure et qu'il rende une nouvelle décision. Le recours sera donc partiellement admis et la décision litigieuse annulée en tant qu'elle limite le droit à la rente au 30 juin 2010 et refuse le droit à des mesures professionnelles. Il sera dit que le recourant a droit à une rente entière du 1^{er} mars 2006 au 31 juillet 2010, puis à un quart de rente et que l'intimé doit instruire la question des mesures d'ordre professionnel avant de rendre une nouvelle décision. Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision du 14 octobre 2011 en tant qu'elle supprime le droit à une rente dès le 1^{er} juillet 2010 et en tant qu'elle nie le droit du recourant à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel. Dit que le recourant a droit à une rente entière du 1^{er} mars 2006 au 31 juillet 2010, et à un quart de rente dès le 1^{er} août 2010. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur les mesures d'ordre professionnel, puis nouvelle décision. Alloue au recourant, à charge de l'intimé, une indemnité de 1'500 fr. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. 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 Brigitte BABEL La présidente Florence KRAUSKOPF 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.