

GE_GERICHTE A/4265/2011 vom 17. April 2012

GE Cour de justice, 2012-04-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4265_2011

FR: GE_GERICHTE A/4265/2011 du 17 avril 2012

IT: GE_GERICHTE A/4265/2011 del 17 aprile 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 17.04.2012
A/4265/2011

A/4265/2011 ATAS/514/2012 du 17.04.2012 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4265/2011
ATAS/514/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 17 avril
2012 2ème Chambre En la cause Monsieur L _____, domicilié à Genève, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître BENOIT Gérard recourant contre OFFICE
DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203
Genève intimé EN FAIT Monsieur L _____ (ci après : l'assuré ou le recourant), né en
1953, de nationalité française, vivant en Suisse depuis 1998, titulaire d'un certificat
d'aptitude professionnelle de cuisiner, a travaillé en qualité de cuisinier depuis 1970 et de
chef de cuisine de 1997 à 2000, puis de chauffeur-livreur jusqu'en septembre 2002. Il a été
incapable de travailler à 100% de fin septembre 2002 à début août 2003 puis à 50% et
licencié avec effet au 31 août 2003. L'assuré percevait un salaire de 4'273 fr. brut par mois
en 2003 et il aurait été de 4'294 fr. brut par mois en 2004 pour une durée du travail de 40
heures par semaine. Le Dr A _____, neurochirurgien, fixe par certificat du 8
septembre 2003 la reprise totale du travail au 1 er septembre 2003 et estime qu'il est
souhaitable que l'assuré puisse se reconvertir dans une activité sans port de charge, ni
station debout prolongée. Le Dr B _____, médecin-traitant de l'assuré, diagnostique
une instabilité lombaire avec discopathie L4-L5 et L5-S1. Le patient a été opéré le 20
février 2003, par la mise en place d'un Plif L5-S1. Le médecin mentionne une incapacité de
travail au-delà du 1 er septembre 2003, en raison de la persistance des douleurs au niveau
lombaire avec une fatigabilité importante au niveau des membres inférieurs prédominant à
droite, l'assuré étant toutefois capable de travailler dans une autre activité en évitant le port
de charges, la pression et les torsions de la colonne vertébrale, la station assise ou debout
prolongée, avec une baisse de rendement. Le Dr C _____, médecin adjoint à la Clinique
de neurochirurgie des HUG, estime quant à lui que l'assuré dispose d'une capacité de travail
de 50% dans une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles, soit sans
port de charges lourdes et ce, depuis mars 2005. L'assuré a déposé le 9 février 2004 une
demande de prestations d'invalidité auprès de l'OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci après OAI ou intimé), en
raison d'une discopathie L5-S1. Selon le rapport de réadaptation professionnelle du 2 mars
2006, la grande fragilité psychique de l'assuré est susceptible d'empêcher qu'une mesure
professionnelle porte ses fruits, ce d'autant plus qu'une capacité de travail limitée à 50%
compromet la réussite d'une mesure professionnelle. La priorité est de parvenir à la
stabilisation de l'état psychique. Le revenu avec invalidité est fondé sur ESS 2002, TA1,
homme, niveau 4, pour 41,7 heures d'activité, réévalué à 2003, pour une activité à 50%,
avec un abattement de 20%, soit 23'126 fr. Le revenu sans invalidité est fondé sur l'ESS

2002, TA7, secteur 31, réévalué à 2003, soit 61'135 fr. Par décision du 22 juin 2006, l'assuré a été mis au bénéfice d'un trois-quarts de rente d'invalidité, sur la base d'un taux d'invalidité de 62% dès le 2 décembre 2004. En avril 2007, l'assuré a fait valoir une aggravation depuis 2005 et l'OAI a entrepris une révision de la rente. Dans un courrier adressé en mars 2007 à l'office cantonal de l'emploi, le Dr A _____ atteste de lombalgies chroniques justifiant une incapacité de travail définitive à 100%, l'état de santé étant stationnaire depuis 2002. Il est impensable que son patient puisse reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit en raison de l'état de son dos, la chirurgie extrêmement lourde de 2003 n'ayant amélioré que partiellement la situation. La Dresse D _____, généraliste, atteste également d'une incapacité de travail de 100% depuis décembre 2003, en raison de lombalgies chroniques secondaires et un status après spondylodèse L5-S1, avec mise en place d'un fixateur, en février 2003. Le préavis de mars 2007 du médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi mentionne une incapacité de travail définitive, une éventuelle tentative de travail avec les restrictions et à 25% a été abandonnée, le risque d'une péjoration irréversible étant trop grand pour mettre en œuvre cet essai. La Dresse E _____, rhumatologue de l'assuré depuis 2006 indique que la situation était stable avant une recrudescence des douleurs en 2006, sans amélioration. Selon l'avis du Service médical régional AI du 19 juillet 2007, les certificats médicaux produits ne contiennent aucun élément de nature à infirmer l'appréciation faite lors de l'octroi initial, l'aggravation alléguée par l'assuré depuis 2005 n'est pas documentée, de sorte qu'il n'est pas possible de constater une aggravation durable de l'état de santé. Par décision du 17 septembre 2007, l'OAI refuse d'augmenter la rente d'invalidité. Par pli du 14 décembre 2009, l'assuré demande une révision à l'OAI, indiquant que son état de santé est bon et qu'il souhaite reprendre une activité professionnelle adaptée le plus rapidement possible et il précise qu'il n'a plus travaillé depuis septembre 2002. Dans le cadre de l'instruction menée par l'OAI, les pièces suivantes ont été réunies : les rapports d'avril et mai 2008 du Département de chirurgie, service d'urologie, faisant suite à deux interventions réussies, effectuées en raison de calculs caliciels, le patient ne présentant aucun diagnostic urologique entraînant une incapacité de travail; le rapport du 1^{er} mars 2010 de la Dresse D _____, généraliste, qui mentionne une nette amélioration des lombalgies depuis un an, le port de charges et la station debout prolongée demeurant proscrits et l'assuré disposant d'une pleine capacité de travail dans un poste adapté; le rapport du SMR du 8 juin 2010 qui précise que l'activité doit être légère, évitant le porte-à-faux maintenu du buste, les flexions/extensions/rotations répétées du rachis et permettant d'alterner les positions, la Dresse D _____ ayant confirmé par téléphone que la capacité de travail est recouvrée, en plein, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée légère. L'assuré est mis au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle du 7 mars au 5 juin 2011, et il confirme que son état de santé s'est réellement amélioré et qu'il est apte à reprendre une activité adaptée à plein temps, mais ne sait pas précisément ce qu'il pourrait faire et est conscient qu'à 57 ans, il n'est pas facile de trouver un emploi. Selon le rapport du 9 juin 2011 des Etablissements publics pour l'intégration (EPI), l'assuré ne peut pas être réadapté dans le circuit économique ordinaire pour des raisons liées à son état de santé physique, qui n'est pas stabilisé, ce qui rend sa réadaptation difficile. L'assuré a de la peine à maintenir une position de travail sur le long terme, il manque de dextérité pour les travaux fins, l'apprentissage de la gestuelle est lent, de sorte que les rendements sont faibles. Les capacités scolaires et d'apprentissage sont limitées et ne donnent accès à l'assuré qu'à des activités pratiques et simples. Selon le rapport de réadaptation professionnelle du 15 juillet 2011, malgré une amélioration de l'état de santé de l'assuré, la mise en situation lors

du stage a montré des handicaps physiques, mais permis de mieux cerner les limitations fonctionnelles qui apparaissent mieux compatibles avec le 50% que le SMR retenait le 7 avril 2005, de sorte que l'amélioration n'a pas été durable, et qu'il convient de maintenir l'octroi d'un trois-quarts de rente comme précédemment. Par communication du 3 octobre 2011, l'OAI a maintenu la rente d'invalidité sans modification du droit. Par pli du 3 novembre 2011, l'assuré, représenté par avocat, a contesté cette position faisant valoir qu'en maintenant la rente d'invalidité, l'OAI avait rendu une décision arbitraire admettant qu'il n'était plus plaçable dans le milieu économique, sans solliciter le complément d'information médicale suggéré par les EPI. Il conclut à la notification d'une décision formelle. Par décision du 4 novembre 2011, l'OAI a maintenu la rente d'invalidité sans modification du droit. Par acte du 12 décembre 2011, l'assuré, représenté par avocat, a formé recours contre la décision. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, fondée sur une invalidité de 100% avec effet rétroactif au 17 décembre 2009. Il fait valoir que c'est à tort que l'OAI n'a pas augmenté la rente d'invalidité suite à la procédure de révision de 2007, tous les rapports médicaux attestant alors d'une totale incapacité de travail dans toute activité. S'il a indiqué vouloir travailler en décembre 2009, c'est en raison du fait qu'il avait des dettes et souhaitait se remettre au travail, en mettant en péril sa santé, le cas échéant, le rapport des EPI démontrant qu'il avait tout mis en œuvre pour être évalué et retrouver du travail. Finalement, il déplore que le Dr A_____ n'ait pas été consulté. Le Dr Flavio A_____ a établi une attestation le 15 décembre 2011, strictement identique à celle adressée à l'Office cantonal de l'emploi en mars 2007 et qui indique " Monsieur L_____ a terriblement souffert de son dos ce qui a nécessité une chirurgie extrêmement lourde qui a eu lieu en 2003 et qui n'a amélioré que partiellement la situation. Il est absolument impensable que ce patient puisse reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit en raison de l'état de son dos. On peut d'ailleurs s'étonner qu'il ne lui ait été octroyé qu'une rente AI partielle, alors que ce patient est de manière parfaitement justifiée incapable de travailler à 100% et ceci de manière définitive. ". Par pli du 12 janvier 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que la comparaison des documents médicaux au dossier ne laisse apparaître aucune modification notable de l'état de santé du recourant. Les diagnostics et les limitations fonctionnelles décrites par la Dresse D_____ sont inchangées, l'amélioration ne concernant que les douleurs rapportées. L'évaluation des EPI ne constitue qu'une appréciation différente d'un même état de fait, mais qui ne constitue pas un motif de révision, étant précisé que l'assuré n'a pas été examiné dans le cadre d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, mais dans une activité manifestement contre-indiquée, en qualité de lad. L'activité, exercée à 100% a permis un rendement de 40%, alors que les conclusions intermédiaires du stage mentionnaient un emploi adapté à plein temps avec un rendement de 80%. Les conclusions découlant du stage n'établissent donc pas une modification notable de l'état de santé, ce qui justifie de maintenir la rente inchangée. Par pli du 15 février 2012, l'assuré a produit une décision du Service des prestations complémentaires, qui tient compte d'un gain potentiel de 12'700 fr. par an, ce que l'assuré conteste car il est totalement incapable de travailler dans quelque domaine que ce soit. Lors de l'audience du 6 mars 2012, l'assuré a déclaré qu'en 2009, l'intensité des douleurs était moindre par rapport à la situation juste après l'opération. Il n'est pas dans sa nature de rester sans travailler, sa situation financière est très mauvaise et il a donc voulu tenter la reprise d'une activité. Il a surestimé son état de santé en ce sens qu'en étant totalement inactif, il souffrait moins et il a donc voulu suivre un stage à 100 % pour tester ses capacités. Il a vite réalisé que dès la fin de la matinée, il souffrait trop, sans

parler de l'après-midi qui était intenable. Il n'a pas pensé à recourir contre la décision de l'OAI du 17 septembre 2007 qui a refusé d'augmenter la rente d'invalidité. Le SPC tient compte d'un gain potentiel, ce qu'il n'a pas réalisé jusqu'à récemment. Au début, il a perçu des indemnités de chômage et cherché du travail, mais sans succès. Un délai au 27 mars 2012 a été imparti aux parties pour se déterminer. Les parties ont persisté par pli des 13 et 27 mars 2012, l'assuré rappelant à la Cour sa situation financière précaire. Sur ce, la cause a été 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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). Le litige porte sur la capacité de travail de l'assuré et l'aggravation de son invalidité. a) Selon l'art. 17 al. 1^{er} LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). b) Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision 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 lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2). 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). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et les références). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles

activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). b) 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/bb et cc). c) Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail ou de gain sur le marché du travail. Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration ou au juge de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (arrêt I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 page 64). d) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c.). a) S'agissant de déterminer le revenu d'invalidité, la jurisprudence considère que sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), cela revient à déterminer,

dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêts F. du 27 mai 2005, I 819/04, consid. 2.2, N. du 26 mai 2003, I 462/02, consid. 2.3; W. du 4 avril 2002, I 401/01, consid. 4c). b) Dans un arrêt 9C_104/2008 du 15 octobre 2008, le Tribunal fédéral estime que l'abattement de 20%, sur un maximum de 25, fixé par l'office AI, tient suffisamment compte des limitations fonctionnelles, nombreuses mais laissant subsister une capacité résiduelle de 50% dans un grand nombre d'activités, et de l'âge de l'intéressé, 59 ans au moment de la décision litigieuse, ce qui est encore éloigné de l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (cf. notamment SVR 2003 IV n° 35 p. 107 [I 462/02]; arrêts 9C_849/2007 du 22 juillet 2008, 9C_612/2007 du 14 juillet 2008, I 1034/06 du 6 décembre 2007, I 61/05 du 27 juillet 2005, I 819/04 du 27 mai 2005, I 462/02 du 26 mai 2003 I 617 /02 du mars 2003, I 461/01 du 4 avril 2002). Dans le cas d'espèce, lors de l'octroi initial de la rente d'invalidité en 2004, la capacité de travail dans une activité adaptée a été fixée à 50%, ce qui a déterminé un taux d'invalidité de 62% et ouvert le droit à un trois-quart de rente d'invalidité. Cette décision est entrée en force. Ensuite, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de rente faite par l'assuré par décision du 17 décembre 2007, l'aggravation de l'état de santé alors alléguée n'ayant pas été admise, après instruction médicale. Cette décision est aussi entrée en force. Lors de la demande de révision formée en 2009, l'amélioration de l'état de santé alléguée par les médecins traitants et par l'assuré, fondée sur la diminution des plaintes algiques du patient, les diagnostics étant inchangés, était une évaluation trop optimiste. Il n'y a donc pas eu d'amélioration durable de l'état de santé. Il s'avère toutefois qu'aucun médecin ne fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré postérieure à la décision du 17 décembre 2007, voire même après celle du 22 juin 2006. L'attestation du Dr A_____ est strictement identique à celle rédigée en mars 2007, ce qui confirme que l'état de santé est demeuré inchangé et pourrait laisser croire que, soit la décision initiale de 2006, soit la décision subséquente de 2007 étaient mal fondées en ne tenant pas compte de la réelle capacité de travail de l'assuré ou de l'aggravation alléguée. S'agissant de l'évaluation des EPI de 2011, rien n'indique qu'elle eut été différente en 2006 ou en 2007, eu égard à un état de santé inchangé, qui aurait vraisemblablement aussi conduit les EPI à nier toute intégration possible sur le marché du travail. Il n'est pas non plus démontré au degré de la vraisemblance prépondérante que le degré d'invalidité se serait notablement modifié de 2007 à 2011, par exemple en raison de l'âge de l'assuré, car il est âgé de 59 ans, ce qui reste dans les limites fixées par la jurisprudence du Tribunal fédéral comme étant compatible avec un retour en emploi. C'est donc à l'occasion de la décision de 2006 ou de 2007 que l'assuré aurait dû contester l'appréciation faite de son état de santé et de sa capacité résiduelle de travail. A défaut de modification notable de son taux d'invalidité depuis lors, l'OAI était en droit de refuser d'augmenter le trois-quart de rente à une rente entière. La décision du 4 novembre 2011 est donc bien fondée. Cela étant dit, l'assuré a démontré sa bonne volonté pour reprendre une activité lucrative, mais il est confronté à l'inadéquation du marché du travail, de sorte qu'il lui est loisible de transmettre le rapport des EPI au SPC, afin de solliciter la suppression du gain potentiel. En effet, l'art. 14a OPC établit une

présomption légale selon laquelle les assurés partiellement invalides sont en mesure d'obtenir le gain potentiel fixé par cette disposition, mais cette présomption peut être renversée par l'assuré s'il établit que des facteurs objectifs ou subjectifs, étrangers à l'AI, lui interdisent ou compliquent la réalisation du revenu en question. Ainsi, aucun revenu hypothétique n'est pris en compte chez le bénéficiaire de prestations complémentaires notamment si, malgré tous ses efforts, sa bonne volonté et les démarches entreprises, l'assuré ne trouve aucun emploi. Cette hypothèse peut être considérée comme réalisée lorsqu'il s'est adressé à un ORP et prouve que ses recherches d'emploi sont suffisantes qualitativement et quantitativement ou si l'assuré a atteint sa 60^{ème} année (directives DPC). Ainsi, le recours, mal fondé, est rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renonce, à titre exceptionnel, à la perception d'un émolument. 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 Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO 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.