

# GE\_GERICHTE A/4930/2017 vom 6. November 2018

GE Cour de justice, 2018-11-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4930\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4930_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/4930/2017 du 6 novembre 2018

IT: GE\_GERICHTE A/4930/2017 del 6 novembre 2018

## Erwägungen

### E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_ 1973 à l'Ile Maurice, pays dont il est ressortissant, s'est installé en Suisse, dans le canton de Genève, en février 1987. Il y a obtenu un livret C et y a exercé diverses activités lucratives, dont celle d'approvisionneur logistique chez B\_\_\_\_\_ Suisse SA durant six ans. <sup>2.</sup> Le 12 février 2010, à l'invitation de l'assureur perte de gain maladie, l'assuré a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles / rente) de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), indiquant souffrir de dépression sévère. <sup>3.</sup> D'après un rapport médical du 4 mars 2010 de la docteure C\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, l'assuré souffrait, avec effet sur sa capacité de travail, d'un épisode dépressif moyen depuis environ 2006, ainsi que, sans effet sur sa capacité de travail, d'une personnalité émotionnellement labile de type impulsif depuis l'adolescence. Il présentait une tristesse fluctuante, de l'anxiété, de l'irritabilité et des problèmes de sommeil, en lien avec des difficultés conjugales et financières. Sa capacité de travail était de 0 % du 29 juin au 31 août 2009 et du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 15 avril 2010. Le pronostic était favorable ; l'activité exercée était exigible à 100 %. Ses capacités de concentration, de compréhension et de résistance n'étaient pas limitées, mais ses capacités d'adaptation l'étaient en ce sens qu'il lui fallait éviter les tensions et le stress. <sup>4.</sup> À teneur d'un rapport médical du 30 juillet 2010 du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, l'assuré souffrait, avec influence sur la capacité de travail, d'un état dépressif sévère, de lombalgies et d'une cervicalgie post-traumatique suite à une luxation C4-C5 en 2006. L'évolution était lentement favorable et le pronostic favorable. L'incapacité de travail était de 100 % du 31 mai 2010 au 31 août 2010. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à plein temps à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2010. Des limitations devaient être observées pour des activités qui impliqueraient de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête et de soulever et porter des poids de plus de 20 kg près du corps. <sup>5.</sup> D'après le dossier produit par la SUVA sur requête de l'OAI, l'assuré avait subi, en date du 12 mars 2006 à l'Ile Maurice, un traumatisme avec luxation complète C4-C5 bi-articulaire en plongeant en eau peu profonde. Il avait été opéré le 15 mars 2006 à l'Ile de la Réunion (discectomie a minima, mise en place d'une cage intersomatique et d'une plaque). De retour en Suisse, il avait subi des contrôles médicaux et vu le médecin d'entreprise de son employeur et le Dr D\_\_\_\_\_. <sup>6.</sup> L'assuré a été licencié pour le 31 août 2010. <sup>7.</sup> Selon un avis du 26 mai 2011 du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), l'assuré présentait un épisode dépressif de gravité sévère à moyenne, un status post-traumatisme cervical avec luxation C4-C5 avec

cervicalgies résiduelles ainsi que des lombalgies. Son incapacité de travail était justifiée du 29 juin 2009 au 31 août 2010 ; dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010, il avait une capacité de travail de 100 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. 8. Par une décision du 12 juillet 2011, reprenant les termes et conclusions d'un projet de décision du 27 mai 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'AI de l'assuré. Ce dernier présentait une pleine capacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010, date à partir de laquelle il s'était inscrit au chômage auprès de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE). 9. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours. 10. Le 25 janvier 2016, l'assuré a saisi l'OAI d'une nouvelle demande de prestations de l'AI (mesure professionnelles / rente), indiquant qu'il souffrait d'une fracture tassement D8-D4 et d'une fissure de la vertèbre dorsale haute suite à un accident. Il était suivi depuis le 14 octobre 2014 par le docteur E\_\_\_\_\_, chef de clinique aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), et le Dr D\_\_\_\_\_. Il a produit divers documents à l'appui de sa demande : - Selon un résumé de séjour du 14 octobre 2014 au service des urgences des HUG, établi par le docteur F\_\_\_\_\_, médecin interne, l'assuré s'était présenté aux urgences après avoir sauté de la fenêtre du 1<sup>er</sup> étage de l'immeuble de son domicile, le 13 octobre 2014 à 22h00, après une dispute avec sa compagne, sans idéation suicidaire. D'après les investigations pratiquées, l'assuré avait subi une fracture costale de la 8<sup>ème</sup> côte à droite et une fracture tassement sans déplacement des vertèbres D8-D4, et une fissure de vertèbre dorsale haute était suspectée. Le traitement de 2008 (recte : 2006) pour une luxation C3-C4 suite à un plongeon en eau peu profonde à l'Ile Maurice était mentionné dans l'anamnèse. Un arrêt de travail à 100 % était attesté du 14 au 28 octobre 2014. - À teneur d'un certificat de travail du 27 novembre 2014, l'assuré avait travaillé dans l'entreprise G\_\_\_\_\_ dans le secteur logistique, au bénéfice d'un contrat à durée déterminée, du 28 avril 2014 au 28 octobre 2014. - Le Dr D\_\_\_\_\_ avait délivré des attestations de prise en charge ostéopathe de l'assuré pour cervicalgie post-traumatique (spondylodèse C4-C5 et cage). - Le Dr E\_\_\_\_\_ avait attesté d'une incapacité de travail dès le 13 octobre 2014, puis d'une pleine capacité de travail dès le 19 janvier 2015. - Les HUG avaient attesté d'une incapacité de travail du 26 février au 1<sup>er</sup> mars 2015. 11. Selon un avis du 15 mars 2016 du SMR, l'atteinte annoncée était un tassement sans déplacement D8-D4 en 2014, mais il n'y avait pas d'éléments médicaux qui influençaient les nouvelles limitations fonctionnelles. L'assuré présentait depuis longtemps un problème avec le rachis ; les limitations en résultant avaient déjà été discutées dans l'avis médical du 26 mai 2011. Il y avait lieu de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'AI, faute d'aggravation de l'état de santé rendue plausible. 12. Par une décision du 13 mai 2016, reprenant les termes et conclusions d'un projet de décision du 17 mars 2016, l'OAI a rejeté (recte : refusé d'entrer en matière sur) la demande de prestations de l'AI de l'assuré (passant en revue les conditions d'octroi de mesures de réadaptation, d'orientation professionnelle, de reclassement, de soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, de conseil suivi afin de conserver un emploi, d'une rente). Depuis la décision de refus du 25 juillet 2011, il n'y avait pas eu d'aggravation rendue plausible de son état de santé. 13. Le 13 juin 2016, l'assuré a recouru contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS). Il avait subi plusieurs accidents, et il ne pouvait plus faire des choses normales et courantes du quotidien ; le port et le déplacement de charges lourdes lui étaient interdits ; il avait très mal au dos, à la clavicule et à la nuque. 14. Par écriture du 12 juin

2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'assuré n'avait apporté aucun élément médical objectivant une aggravation de son état de santé. [endif]>[if> 15. Par arrêt du 7 septembre 2016 ( ATAS/704/2016 ), la CJCAS a admis le recours de l'assuré, annulé la décision précitée de l'OAI du 13 mai 2016 et renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Lors de la première demande de prestations de l'AI, il avait été question d'une atteinte à la santé psychiatrique et de séquelles d'une luxation cervicale post-traumatique subie lors d'un accident survenue en 2006. La nouvelle demande de prestations faisait état d'un accident survenu le 14 (recte : 13) octobre 2014 ayant entraîné une fracture tassement D8-D4 et une fissure de la vertèbre dorsale haute, à teneur d'un résumé de séjour aux urgences des HUG mentionnant encore une fracture de la 8<sup>ème</sup> côte à droite, accident à la suite duquel l'assuré apparaissait avoir été en incapacité totale de travail jusqu'au 19 janvier 2015, puis à nouveau en février 2015. Les limitations fonctionnelles discutées dans l'avis médical du SMR de 2011 ne concernaient pas les suites de l'accident de 2014. [endif]>[if> 16. L'OAI a requis la production de renseignements médicaux. [endif]>[if> 17. Le 10 novembre 2016, le Dr D\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI deux documents médicaux, en expliquant qu'il avait eu l'assuré à sa consultation le 22 décembre 2015 et le 23 mai 2016 et qu'il avait appris des HUG qu'il avait souffert d'une fracture D4-D8 à une date qu'il ignorait et pour laquelle il n'avait pas suivi l'assuré : [endif]>[if> - Selon un rapport du 27 janvier 2015 de consultation spécialisée du Dr E\_\_\_\_\_ pour contrôle à trois mois de la fracture D4 traitée conservativement, sans corset avec un traitement d'antalgiques, l'évolution était favorable, avec des douleurs en nette diminution, notamment au niveau de la fracture de côte et de la vertèbre. Le bilan radiologique mettait en évidence une petite scoliose locale d'environ 15°, à convexité gauche, avec absence de cyphotisation sur le profil ; ledit médecin prescrivait à l'assuré de réaliser de la physiothérapie, avec reprise de la vie quotidienne plus ou moins normale ; l'assuré allait reprendre son activité professionnelle à partir du 19 janvier 2015. [endif]>[if> - Selon un rapport du 18 janvier 2016 de consultation spécialisée du Dr E\_\_\_\_\_ pour contrôle à trois (recte : quinze) mois de la fracture biétagée D4-D8, la radiographie était tout à fait rassurante avec l'absence de déformation, un équilibre sagittal conservé et l'absence de réelle scoliose malgré quelques petites déformations coronales. L'assuré semblait toujours très algique notamment sur le port de charges ; l'index d'incapacité fonctionnelle Oswestry était coté à 52 %, et les douleurs étaient évaluées dans le dos à 8/10 et dans les musculatures à 8/10. Il importait que la physiothérapie prescrite soit effectuée afin d'assouplir les éléments musculaires de la colonne vertébrale et renforcer la musculature de posture. Concernant le traumatisme que l'assuré avait eu au niveau cervical, les radiographies mettaient en évidence une fusion acquise du segment cervical avec une très bonne évolution, un matériel en place sans signe de complication, une situation semblant donc tout à fait guérie, ainsi qu'une nuque solide, que l'assuré pouvait donc mobiliser de façon quasi-normale. [endif]>[if> 18. Le 12 décembre 2016, l'OAI a été informé par le Dr E\_\_\_\_\_ que l'assuré n'était plus venu à sa consultation depuis le 7 janvier 2016. [endif]>[if> 19. Lors d'un entretien téléphonique du 16 décembre 2016, l'assuré a indiqué à l'OAI n'avoir plus revu le Dr E\_\_\_\_\_, n'avoir vu le Dr D\_\_\_\_\_ que pour un dépistage et ne voir que le physiothérapeute. [endif]>[if> 20. Selon un avis du 7 juin 2017 du SMR, l'assuré avait présenté une atteinte au rachis dorsal qui avait entraîné une incapacité de travail du 13 octobre 2014 au 19 janvier 2015. L'activité habituelle de gestionnaire de logistique comportait des charges lourdes, si bien qu'elle n'était plus exigible ; une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles

(consistant à éviter le port de charges de plus de 15 kg, les positions statiques du rachis cervical et lombaire et les positions en porte-à-faux, ainsi que le travail avec les membres supérieurs en-dessus de l'horizontale) était exigible à 100 % depuis le 19 janvier 2015. ![endif]>![if> 21. Le 13 septembre 2017, le service compétent de l'OAI a émis l'avis qu'il n'y avait pas matière à accorder une mesure de réadaptation à l'assuré ; celui-ci n'avait pas perdu un emploi en raison de sa nouvelle atteinte. ![endif]>![if> 22. Le 2 octobre 2017, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré à 10 %, sur la base d'un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 59'969.- (compte tenu d'un abattement de 10 %) et sans invalidité actualisé de CHF 66'633.-, donc d'une perte de gain de CHF 6'664.-, sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (ci-après : ESS 2014), tableau TA1 pour un homme, domaine d'activité total, dans des activités de niveau 1 simples et répétitives sans formation professionnelle au préalable. ![endif]>![if> 23. Par un projet de décision du 2 octobre 2017, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser tant une rente d'invalidité que des mesures professionnelles. Sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle, dès le 13 octobre 2014, mais entière dans une activité adaptée dès le 19 janvier 2015. Le délai de carence d'une année avait pris fin en octobre 2015. La comparaison des revenus avec et sans invalidité donnait, compte tenu d'un abattement du revenu avec invalidité de 10 % en raison de ses limitations fonctionnelles, une perte de gain insuffisante pour justifier le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles. ![endif]>![if> 24. Par recommandé du 2 novembre 2017, l'assuré a émis des objections à l'encontre de ce projet de décision. Il demandait que soient pris en considération les très graves accidents qu'il avait subis en 1988 et en 2006 ; il en avait subi un troisième, le 13 octobre 2014. Le dossier qu'il avait produit démontrait l'état de sa colonne vertébrale, l'empêchant de porter tout poids, de déplacer tout matériel, de courir, de se déplacer en portant quoi que ce soit, donc de travailler dans son métier de magasinier / gestionnaire de stocks. Il souhaitait bénéficier d'une réadaptation professionnelle lui permettant de retravailler, si possible à 100 %, comme assistant commercial, profession utilisant ses compétences dans une position assise à un bureau et travaillant sur un ordinateur. ![endif]>![if> 25. Le 3 novembre 2017, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il lui appartenait de lui apporter jusqu'au 13 novembre 2017, des éléments médicaux susceptibles de modifier son point de vue, à défaut de quoi une décision de refus lui serait notifiée. ![endif]>![if> 26. Par décision du 13 novembre 2017, reprenant les termes et conclusions du projet précité du 2 octobre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'AI de l'assuré. ![endif]>![if> 27. Par courrier du 13 novembre 2017, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait un rendez-vous le 27 novembre 2017 pour un bilan radiologique de sa colonne vertébrale, dont il lui ferait parvenir les résultats dans les plus brefs délais. Il contestait vivement la décision de refus de l'OAI. ![endif]>![if> 28. Le 24 novembre 2017, l'OAI lui a rappelé la voie de recours à la CJCAS contre sa décision du 13 novembre 2017. ![endif]>![if> 29. Par recommandé du 13 décembre 2017, l'assuré a adressé à la CJCAS une photocopie d'un recours, demandant que lui soient octroyées des mesures professionnelles et de reclassement afin qu'il puisse se réinsérer dans la vie active et professionnelle. Les accidents qu'il avait subis en 1988, 2006 et 2014 avaient provoqué des atteintes à sa nuque, sa clavicule et sa colonne vertébrale, qui l'empêchaient de porter tout poids, de courir, d'avoir une vie normale. Ses limitations fonctionnelles justifiaient une réduction de plus de 10 % sur son revenu d'invalidité. ![endif]>![if> 30. Le 18 décembre 2017, un délai lui ayant été imparti à cette fin au 2 janvier 2018, l'assuré a adressé à la CJCAS l'original dûment signé de ce recours. ![endif]>![if> 31. Par mémoire du 25 janvier 2018, l'OAI a

conclu au rejet du recours. Comme l'avait retenu le SMR dans son avis médical du 7 juin 2017, l'assuré présentait une atteinte à la santé, qui rendait son activité habituelle inexigible, mais laissait exigible à 100 % une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Après comparaison des revenus, il s'avérait que l'incapacité de travail entraînait une perte de gain de 10 %, taux insuffisant pour fonder le droit tant à une rente d'invalidité qu'à des mesures de réadaptation professionnelle. Il y avait, dans les secteurs de la production et des services, un nombre significatif d'activités non qualifiées qui étaient adaptées aux empêchements de l'assuré sans que des mesures d'ordre professionnel ne doivent être accordées ; l'AI n'avait pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle, des difficultés d'ordre linguistique ou l'âge. Les difficultés rencontrées par l'assuré n'étaient pas dues à son état de santé. Ses limitations fonctionnelles ne présentaient pas de spécificités telles qu'il y aurait lieu d'en tenir compte de manière particulièrement importante au titre de la réduction sur le salaire statistique, et il n'y avait pas d'autres éléments justifiant un abattement supérieur à 10 % sur le revenu avec invalidité.

32. Dans des observations du 29 mars 2018, l'assuré a demandé que soit pris en considération un accident de vélomoteur qu'il avait eu en 1988, qui avait provoqué une déchirure de la clavicule dont la guérison ne s'était jamais produite. Il était erroné de dire que le résultat de la radiographie faite en janvier 2016 était rassurant et qu'il était guéri et pouvait reprendre une activité quasi-normale au niveau de la nuque ; il ressentait d'énormes douleurs au niveau de la nuque, l'empêchant de tourner la tête à droite ou à gauche et, en conséquence, d'effectuer de multiples tâches quotidiennes, encore moins professionnellement. Les dommages causés à son rachis dorsal par l'accident de 2014 (soit une colonne vertébrale penchant à 14 %) étaient irréversibles ; dans sa colonne vertébrale se trouvait un os fissuré à trois endroits différents. Il avait besoin d'une perte de gain non de 10 %, mais de 20 % pour pouvoir bénéficier d'une réadaptation professionnelle ou d'une rente d'invalidité. Il souhaitait consulter un médecin de l'AI.

33. Le 5 avril 2018, l'OAI a indiqué n'avoir pas d'observations complémentaires à formuler.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la CJCAS 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 décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI.

Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA). Il satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). Ayant été partie à la procédure ayant abouti à la décision attaquée, étant touché par cette dernière et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Le recours est donc recevable.

2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in

Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, op. cit., n. 78). Pour pouvoir se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, l'administration ou le juge, sur recours, doivent disposer de documents émanant d'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes. Il importe que les rapports médicaux sur lesquels l'administration ou le juge s'appuient comportent une étude circonstanciée des points litigieux, se fondent sur des examens complets, prennent également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, aient été établis en pleine connaissance de l'anamnèse, décrivent clairement le contexte médical et les éventuelles interférences, et enfin contiennent des conclusions bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). 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 ; 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 ; cf. not. ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d s'agissant de la jurisprudence, toujours valable, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst.). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss). 3. 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 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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 ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). [endif]>![if> En l'espèce, s'agissant de la LAI, le droit applicable est le droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1er janvier 2012. Au demeurant, cette révision-ci de la LAI, de même que ses précédentes révisions (la 5ème révision, du 6 octobre 2006, entrée en vigueur le 1er janvier 2008, et la

4<sup>ème</sup> révision, du 21 mars 2003, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004), n'ont pas amené de modifications substantielles en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité, qui est la question ici litigieuse (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). S'agissant des dispositions matérielles de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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).

4. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant présente une invalidité d'un degré suffisant pour lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI, en particulier à une rente d'invalidité ou à des mesures de réadaptation, plus particulièrement, à des mesures d'ordre professionnel.

5. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année, il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demi-rente, un trois-quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI).

Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation, destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI), suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, *L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité*, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, *Droit suisse de la sécurité sociale*, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss). Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel, que sont notamment l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement et le placement.

b. Les deux types de prestations (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de

travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). 6. a. En l'espèce, après que la cause lui eut été renvoyée pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations du recourant du 25 janvier 2016, l'intimé s'est renseigné sur l'état de santé de ce dernier tant auprès du Dr D\_\_\_\_\_ qu'auprès du Dr E\_\_\_\_\_, afin d'actualiser les données figurant déjà au dossier. Il a alors obtenu deux rapports de consultation spécialisée du Dr E\_\_\_\_\_, respectivement des 27 janvier 2015 et 18 janvier 2016, ainsi que l'information, confirmée par le recourant lui-même, que ce dernier n'avait plus consulté lesdits médecins, ni d'ailleurs d'autres médecins, pour les atteintes à la santé dont il se prévalait à l'appui de sa demande de prestations de l'AI de même que dans son recours. [endif]>![if> Le recourant n'a manifestement pas obtenu par la suite de rapports médicaux étayant les effets selon lui invalidants desdites atteintes à la santé, car s'il a indiqué, le 13 novembre 2017, qu'un bilan radiologique de sa colonne vertébrale serait effectué le 27 novembre 2017, dont il communiquerait les résultats, il n'en a fait état ni dans son recours du 13 décembre 2017, ni dans ses observations du 29 mars 2018. b. Le recourant invoque, sans l'établir d'aucune manière, un accident de vélomoteur remontant à l'année 1988, qui aurait provoqué une déchirure d'une clavicule ne s'étant jamais guérie. Il ne fait pas de doute que son médecin traitant, le Dr D\_\_\_\_\_, n'aurait pas manqué de faire état de séquelles handicapantes d'un tel accident s'il en avait constaté, déjà dans son rapport médical du 30 juillet 2010 à l'adresse de l'intimé, puis dans les rapports ou courriers qu'il a envoyés à l'intimé suite au dépôt par le recourant d'une nouvelle demande de prestations de l'AI, en particulier le 10 novembre 2016. Par ailleurs, dans leurs rapports respectifs du 14 octobre 2014 et des 27 janvier 2015 et 18 janvier 2016, tant le Dr F\_\_\_\_\_ que le Dr E\_\_\_\_\_ auraient mentionné cette ancienne atteinte à la santé et ses conséquences résiduelles s'ils avaient disposé d'éléments devant amener à retenir ne serait-ce qu'elles contribuaient à expliquer les plaintes ou/et restreindre les capacités de travail du recourant. c. Force est d'admettre que l'intimé s'est prononcé sur la base de données médicales suffisamment complètes, englobant les limitations consécutives au traumatisme avec luxation complète C4-C5 bi-articulaire que le recourant avait subi le 12 mars 2006 en plongeant en eau peu profonde à l'Ile Maurice ainsi qu'à la fracture tassement sans déplacement des vertèbres D8-D4, la fracture costale de la 8ème côte à droite et une fissure suspectée d'une vertèbre dorsale qu'il s'était fait le soir du 13 octobre 2014 en sautant de la fenêtre du premier étage de son immeuble. Or, postérieurement au premier de ces accidents et compte tenu des problèmes psychiques qu'il avait rencontrés, le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée dès le 1er septembre 2010, et, après les événements du 13 octobre 2014, il n'avait été en arrêt de travail que jusqu'au 19 janvier 2015 ainsi que du 26 février au 1er mars 2015. d. L'intimé n'en a pas moins tenu compte des limitations fonctionnelles du recourant signalées le 30 juillet 2010 par le Dr D\_\_\_\_\_, consécutives à l'accident du

12 mars 2006, de même que du constat qu'a fait le Dr E\_\_\_\_\_ le 7 janvier 2016 que le recourant éprouvait des douleurs lors du port de poids, pour admettre, eu égard aux charges inhérentes à l'activité habituelle du recourant, que cette dernière n'était plus exigible. Cette conclusion n'est pas remise en question. Des bilans radiologiques effectués en janvier 2015 et janvier 2016 par le Dr E\_\_\_\_\_ ne résultait en revanche nullement – au contraire – que le recourant n'avait pas une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte desdites limitations, consistant à éviter le port de charges de plus de 15 kg, les positions statiques du rachis cervical et lombaire, les positions en porte-à-faux ainsi que le travail avec les membres supérieurs en-dessus de l'horizontale. Déjà en janvier 2015, l'évolution était favorable, avec une nette diminution des douleurs, notamment au niveau de la fracture de côte et de la vertèbre ; une reprise de la vie quotidienne plus ou moins normale était possible. Une année plus tard, la radiographie était tout à fait rassurante, avec l'absence de déformation, un équilibre sagittal conservé et l'absence de réelle scoliose malgré quelques petites déformations coronales ; concernant le traumatisme au niveau cervical, il y avait une fusion acquise du segment cervical avec une très bonne évolution, un matériel en place sans signe de complication, une situation semblant tout à fait guérie, et une nuque solide, mobilisable de façon quasi-normale. En l'absence de tout élément médical venant contredire ces évaluations, l'intimé était fondé à retenir la conclusion précitée que le recourant avait, dès le 19 janvier 2015, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

7. a. L'intimé devait dès lors établir l'éventuel degré d'invalidité du recourant. b. À cette fin, il a retenu à bon droit que le recourant a le statut d'une personne active, qui exercerait une activité lucrative à plein temps, si bien que – selon le renvoi que l'art. 28a al. 1 LAI fait à l'art. 16 LPFA – il faut, pour évaluer le taux d'invalidité, comparer le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. Comme, au moment du début de l'atteinte à sa santé, le recourant vivait de l'aide de l'Hospice général depuis des années, l'intimé ne pouvait, pour déterminer son revenu sans invalidité, se fonder sur le salaire qu'il avait réalisé en dernier lieu, mais pouvait et devait se fonder sur des données statistiques résultant de l'ESS 2014, comme d'ailleurs pour déterminer son revenu avec invalidité. Le recourant ne conteste pas et il n'apparaît pas contestable que l'intimé s'est basé, à cette fin, sur la table TA1 pour un homme exerçant dans le domaine de travail correspondant à la ligne « Total » dans une activité de niveau 1 simples et répétitives sans formation professionnelle préalable, et que – après adaptation du salaire mensuel de CHF 5'312.- à une durée normale hebdomadaire de travail de 41.7 heures (donnant CHF 5'538.-) et indexation à l'année 2015 selon l'indice suisse nominal des salaires – il a retenu un revenu annuel brut de CHF 66'633.-.

c. Le recourant conteste en revanche que, pour déterminer le revenu avec invalidité, l'intimé n'a appliqué qu'un taux d'abattement de 10 %. La mesure dans laquelle les salaires ressortant desdites 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, autorisation de séjour et taux d'occupation), s'il existe des indices montrant que la personne assurée n'est plus en mesure, en raison de l'un ou l'autre de ces éléments, de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur un marché du travail équilibré qu'avec des perspectives de gain inférieures à la moyenne. L'évaluation doit être globale et ne peut donner lieu à une réduction supérieure à 25 % (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_17/2018 du 17 avril 2018 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale

sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 84 ss ad art. 28a). En l'espèce, les autres facteurs précités n'entraînant aucun désavantage pour le recourant, seules les limitations fonctionnelles entrent en considération, quoique - faut-il préciser – un abattement sur le revenu d'invalidité n'est en principe pas appliqué pour des personnes assurées dont la dernière activité impliquait des travaux physiquement contraignants et qui, après la survenance d'une atteinte à la santé, ne peuvent exercer plus qu'un travail légèrement ou moyennement contraignant, mais sans limitation de l'horaire de travail ni baisse de rendement, parce que le salaire statistique retenu dans leur cas est tiré d'un tableau de l'ESS correspondant à un faible niveau d'exigence englobant un grand nombre de tâches légères ou moyennement lourdes et que la personne assurée n'a pas à subir de ce seul fait une diminution de son revenu (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2 et références citées). La situation du recourant étant proche de cette situation, sinon correspond à cette situation, l'abattement de 10 % que l'intimé a pratiqué n'est en tout état pas insuffisant. d. Il s'ensuit que la perte de gain que subit le recourant, telle qu'elle résulte de la comparaison des revenus devant être faite, est de 10 %. 8. a. Ce degré d'invalidité est insuffisant pour fonder le droit à une rente d'invalidité, le minimal requis à cette fin étant un taux d'invalidité de 40 % (art. 28 al. 1 let. c et al. 2 LAI). b. Pour l'octroi de mesures de réadaptation, il n'est pas nécessaire que l'invalidité ait atteint le degré minimum ouvrant le droit à la rente. Il faut que sa nature et sa gravité soient telles qu'elles puissent ouvrir droit aux prestations entrant à ce titre en considération (art. 4 al. 2 et art. 8 al. 1 let. b LAI). Il n'y a cependant pas lieu d'allouer des mesures de réadaptation à une personne assurée qui dispose d'une importante capacité résiduelle de travail lorsqu'il peut la mettre à profit dans sa nouvelle activité ou dans celle qu'il pourrait exercer (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 3 ad art. 8). Tel est le cas du recourant. Il dispose d'une pleine capacité de travail dans des activités respectant ses limitations fonctionnelles, étant précisé que sur un marché du travail équilibré, un nombre significatif d'activités non qualifiées qu'offrent les secteurs de la production et des services sont adaptées à ses empêchements sans formation complémentaire. Il n'a donc pas besoin de mesures de réadaptation. c. Quoiqu'il en soit, le recourant ne remplit pas les conditions d'octroi des mesures d'ordre professionnel dont il estime devoir bénéficier. Il ne se trouve pas empêché de faire lui-même le choix d'une profession ou d'une nouvelle orientation professionnelle parce que, suite à son atteinte à la santé, ses connaissances relatives aux aptitudes, capacités professionnelles et possibilités ne suffiraient pas pour faire un tel choix. Aussi n'a-t-il pas droit à une orientation professionnelle (art. 15 LAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_236/2012 du 15 février 2013 consid. 3.5 et références citées). Le recourant n'a pas non plus droit à un reclassement dans une nouvelle profession, au sens de l'art. 17 LAI, parce qu'il ne subit pas une incapacité de gain de 20 % environ dans toute activité raisonnablement exigible et pouvant être exercée sans formation complémentaire, ainsi que l'exige la jurisprudence, étant en outre précisé qu'il n'est pas en début de carrière professionnelle (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et références citées ; ch. 4011 de la Circulaire de l'office fédéral des assurances sociales sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 8 et 10 s. ad art. 17). 9. C'est donc à bon droit que l'intimé a refusé au recourant tant une rente d'invalidité que des mesures d'ordre professionnel. Le recours doit être rejeté. 10. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice, un émolument sera mis à la charge du recourant, arrêté à son montant minimal de CHF 200.- (art. 69

al. 1 bis LAI). `!``[endif]``>``!``[if]` PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

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