

GE_GERICHTE A/553/2017 vom 8. November 2017

GE Cour de justice, 2017-11-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_553_2017

FR: GE_GERICHTE A/553/2017 du 8 novembre 2017

IT: GE_GERICHTE A/553/2017 del 8 novembre 2017

Erwägungen

E. 4

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 _____ 1958, marié en 2006 et divorcé en 2015, a requis des prestations de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) le 29 octobre 2015 indiquant souffrir de lombalgies chroniques depuis 1976 et de tendinopathie depuis 2014. Il possédait un CFC de tapissier-décorateur (1976 à 1980), un diplôme de programmeur-analyste (1990 à 1993) et une certification Microsoft (2008).!

2. À teneur des pièces du dossier, il a travaillé quelques années comme tapissier-décorateur, puis dans l'informatique, en dernier lieu, comme technicien de réseau informatique pour B_____ SA, à 100%, du 26 décembre 2007 au 27 juin 2008, pour un salaire brut de CHF 5'500.- brut par mois. Selon l'extrait de son compte individuel établi par la caisse cantonale genevoise de compensation, l'assuré a obtenu de son dernier employeur un revenu soumis à cotisations de CHF 33'485.- du janvier à juin 2008. Il a touché les prestations du chômage de 2002 à 2004 et de 2006 à 2007 et il bénéficie de l'aide sociale depuis 2013.!

3. Dans un rapport médical pré-rédigé à l'attention de l'OAI, établi en novembre 2015, la docteure C_____, médecine physique et réadaptation, du Centre médical du Léman, a attesté qu'elle suivait l'assuré depuis le 27 novembre 2013, que la date du dernier contrôle était le 16 novembre 2015 et que l'assuré avait été traité après elle par le Dr D_____. L'assuré souffrait d'une tendinopathie du supra-épineux avec bursite sous-acromio-deltoïdienne épaule gauche depuis le 8 juillet 2014, de lombosciatalgies chroniques et de troubles psychiques avec notion borderline. Il avait bénéficié de séances de physiothérapie pour les lombalgies et d'infiltrations pour la tendinopathie. L'évolution était lentement favorable. Ses restrictions physiques étaient : alternance des positions assise et debout deux à trois fois par heure et limitation de la rotation externe de l'épaule gauche et du port de charges au-delà de 10 kg de manière répétitive. Sur le plan professionnel, le patient avait besoin d'un travail adapté, sans charge au niveau de la colonne lombaire. Les mouvements de flexion de la colonne lombaire en répétition étaient contre-indiqués. Il n'y avait pas de restriction mentale. Le rendement n'était pas réduit. L'assuré devait respecter les restrictions de flexion de la colonne lombaire et la rotation/charge de l'épaule gauche. Avec ces mesures, la capacité de travail était de 100% dès le 1 er décembre 2015.!

4. Selon un rapport médical signé par le docteur D_____, du Centre médical et esthémédic, réceptionné par l'OAI le 4 février 2016, l'assuré était suivi par ce médecin de 2000 à ce jour et le dernier contrôle datait du 29 janvier 2016. L'assuré était en incapacité de travail pour cause de maladie. Il n'avait plus travaillé depuis quinze ans. L'assuré devait pouvoir retrouver un travail adapté après réadaptation. Le rendement était réduit, car l'assuré était lent, raide et peu motivé. L'activité

adaptée au handicap de l'assuré était possible dans un travail de bricolage léger. De la physiothérapie pourrait permettre au patient d'augmenter son temps de travail. On pouvait s'attendre à une reprise d'activité professionnelle à un degré de 30 à 50% à une date indéterminée. !>!> 5. La doctoresse E_____, médecin du service médical régional AI (ci-après SMR), a indiqué, dans un avis du 4 juillet 2016, que l'assuré souffrait d'un syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, de lombosciatalgies chroniques, sur séquelles de Scheuermann, de troubles dégénératifs étagés de L4 à S1 avec discopathies protrusives depuis juillet 2014. Le début de la longue maladie datait de juillet 2014. La capacité de travail exigible était de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. L'aptitude à la réadaptation avait débuté le 1^{er} décembre 2015. Il s'agissait de la première demande d'un assuré de 57 ans, divorcé et sans enfant. Le début de l'incapacité de travail n'était pas clair. Selon les documents de l'Hospice général, la demande était déposée en vue d'obtenir des mesures de réadaptation professionnelle. Au vu des avis médicaux au dossier, l'incapacité de travail était fixée à juillet 2014, date de l'apparition de la tendinopathie de l'épaule gauche, d'évolution lentement favorable. Sur la base des rapports médicaux de la Dresse C_____, une activité adaptée compte tenu des limitations fonctionnelles était envisageable à 100% dès le 1^{er} décembre 2015. Faute de disposer du cahier des charges dans l'ancienne activité, il était difficile de savoir si cette dernière était adaptée ou non. Pour autant qu'elle respectait les limitations fonctionnelles et permettait une alternance des positions, la capacité de travail était a priori entière. !> 6. Le gestionnaire du dossier de l'assuré a demandé au service de réadaptation, le 17 août 2016, si compte tenu des limitations fonctionnelles et de la longue période d'inactivité de l'assuré, des mesures d'ordre professionnel étaient possibles pour lui. !> 7. Le 20 septembre 2016, le gestionnaire a été informé que pour autant que l'assuré fasse parvenir au service de réadaptation les copies de ses recherches d'emploi pour les trois derniers mois et une demande détaillée, une aide au placement pourrait éventuellement lui être accordée (résultat de la CDR : 10%). !> 8. Par projet de décision du 4 octobre 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Depuis le mois de juillet 2014, début du délai d'attente d'un an, sa capacité de travail était considérablement restreinte. À l'issue de la période de carence, soit en juillet 2015, son incapacité de gain était totale dans toute activité. Les conditions du droit à la rente étaient alors potentiellement réunies. Cependant, il ressortait des éléments recueillis durant l'instruction du dossier que, dès le mois de décembre 2015, l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'OAI avait procédé à une comparaison de ses revenus avec et sans invalidité pour déterminer son degré d'invalidité. S'agissant du revenu avec invalidité, il s'était référé au tableau T1, tous secteurs confondus de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après ESS) indiquant qu'un homme travaillant dans une activité de niveau 1 (activités simples et répétitives) pouvait réaliser un salaire annuel brut de CHF 66'633.-. En raison des limitations fonctionnelles dues à son atteinte et son âge, une réduction supplémentaire de 10% était accordée ramenant le salaire brut annuel à CHF 59'969.-. Les autres critères habituellement admis par la jurisprudence ne permettaient pas de réduction supplémentaire. !> 9. S'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI ne pouvait objectiver un salaire concret faute de données. Il se référait ainsi au salaire statistique de CHF 66'633.-. La comparaison des revenus établissait un degré d'invalidité de 10%, lequel n'ouvrait pas de droit à des mesures professionnelles ou à une rente. L'assuré avait toutefois la possibilité, sur demande écrite et motivée, d'obtenir une aide au placement. 9. Le 3 novembre 2016, l'assuré a contesté le

projet de décision de l'OAI. Il était limité dans la quasi-totalité de ses mouvements et son état s'était aggravé depuis l'année précédente, ce qui était confirmé par ses derniers examens médicaux. Dans ses activités de tous les jours, mêmes les plus simples, il souffrait abondamment, si bien que sa capacité à retrouver un emploi était aujourd'hui compromise. Il était toutefois déterminé à relever le défi d'un nouveau départ et aspirait à redonner du sens à sa vie dans une activité adaptée à sa condition physique. C'était dans cette perspective qu'il avait entamé un suivi psychologique et fait de la physiothérapie. Il allait en piscine quand cela lui était physiquement possible et participait bénévolement, dans les limites de sa condition physique, à des événements qui avaient pour but de promouvoir l'upcycling. Il suivait actuellement un cours de découverte de l'horlogerie. À l'appui de son opposition, l'assuré a produit :

- 1. un rapport établi le 14 septembre 2015 par le docteur F_____, radiologue-spécialiste FMH, dont il ressort que l'assuré a fait l'objet d'une image par résonance magnétique lombaire (ci-après IRM) le 14 septembre 2015 ;
- 2. un rapport établi par le docteur G_____, radiologue FMH, du centre d'imagerie de la Servette, dont il ressort que l'assuré a fait l'objet d'une échographie du genou droit le 22 juin 2016 ;
- 3. un rapport établi par le docteur H_____, radiologue FMH, du centre d'imagerie de la Servette, dont il ressort que l'assuré a fait l'objet d'une échographie de l'épaule droite le 21 octobre 2016 ;
- 4. une attestation de suivi établie par Monsieur I_____, du centre médico-chirurgical de Cornavin, certifiant que l'assuré faisait l'objet d'un suivi psychologique régulier depuis le 28 avril 2014 ;
- 5. une attestation de présence régulière à un cours sur l'horlogerie en 2016.

10. Le 16 janvier 2017, la Dresse E_____ a établi une note à la suite d'un entretien téléphonique avec la Dresse C_____. Cette dernière mettait en avant surtout une problématique socio-professionnelle chez une personne de 58 ans, sans activité depuis de nombreuses années. Sur le plan médical, elle était d'avis que l'assuré pouvait travailler comme tout le monde. Celui-ci demandait régulièrement des examens complémentaires, mais ceux-ci ne mettaient pas en avant d'atteintes graves justifiant une incapacité de travail. Elle indiquait que, lors de la dernière consultation un mois auparavant, l'assuré n'avait aucune plainte concernant son genou. Il n'y avait aucune atteinte incapacitante concernant cette articulation. À propos du rachis, le médecin précisait que les troubles dégénératifs étaient légers et compatibles avec l'âge. Il n'y avait pas de hernie discale ni aucun élément de gravité. L'assuré présentait une tendinopathie des deux épaules. La tendinopathie de l'épaule gauche s'était améliorée et celle de l'épaule droite était en cours de traitement. Il n'y avait aucun signe de rupture. L'assuré avait indiqué qu'il bricolait à la maison, réparait sa moto et était capable d'aller jusqu'en Valais à moto.

11. Selon un avis médical du 16 janvier 2017, la Dresse E_____ a considéré qu'aucun des documents transmis par l'assuré ne permettait de remettre en question sa capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée. On pouvait toutefois étendre les limitations fonctionnelles retenues pour l'épaule gauche à l'épaule droite. Cette épaule restait toutefois fonctionnelle et ne semblait pas empêcher l'assuré de manœuvrer sa moto.

12. Par décision du 17 janvier 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision.

13. Le 16 février 2017, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il alléguait souffrir abondamment dans toutes ses activités et avait des limitations dans la quasi-totalité de ses mouvements. Entre juillet et décembre 2015, sa condition physique s'était dégradée. Concernant une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il se trouvait dans une situation insensée. Il n'avait pas eu d'activité professionnelle depuis

de nombreuses années. Ce que l'on pouvait lui proposer dans son secteur d'activité n'était pas adapté à ses limitations fonctionnelles. S'il n'avait pas eu d'activité professionnelle ces dernières années, c'était en raison d'une dépression lente causée par un licenciement qui l'avait laissé très critique face à sa profession. Il avait été diagnostiqué maniaco-dépressif quinze ans auparavant. Il avait malgré tout nourri des projets pour rebondir, mais, malheureusement, l'opportunité d'ouvrir les bonnes portes ne s'était pas présentée. Il concluait à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée afin de pouvoir déterminer son degré d'invalidité et définir une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles pour obtenir une aide à la réadaptation professionnelle. Il restait persuadé qu'une analyse détaillée globale de sa situation actuelle lui permettrait de rentrer dans le cadre des prestations de l'assurance-invalidité et de mettre en place une solution lui permettant de revenir dans le monde du travail. Il était déterminé à relever le défi d'un nouveau départ et aspirait à redonner du sens à sa vie grâce à une activité adaptée à sa condition physique.!

14. Le 27 février 2017, l'assuré a transmis à la chambre de céans :! - un certificat médical établi par la Dresse C_____ le 23 février 2017 dont il ressort que le patient avait besoin d'une adaptation de son travail en prenant les précautions suivantes : une activité respectant les limitations fonctionnelles qu'étaient les ports de charges au-delà de 10 kg de manière répétitive ou 20 kg de manière ponctuelle, la position assise devait se faire uniquement sur une chaise haute pour décharger la colonne lombaire et garder le dos en position droite, le patient avait besoin d'un travail adapté sans charge au niveau de la colonne lombaire et la flexion prolongée du tronc et les mouvements de flexion de la colonne lombaire en répétition étaient contre-indiqués.!

- un rapport établi par le Dr G_____ le 8 février 2017 à la suite d'une IRM de la colonne lombaire du 8 février 2017.!

15. Par réponse du 14 mars 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. La Dresse C_____ confirmait ses conclusions. Pour ce qui était de l'IRM, les atteintes discopathiques, en particulier au niveau L5-S1, étaient déjà connues. Il convenait de relever que, dans la décision litigieuse, il était fait mention de la possibilité pour l'assuré de demander une aide au placement. À ce jour, il ne s'était pas manifesté. Les éléments apportés ne lui permettaient pas de faire une appréciation différente du cas. !

16. Lors d'une audience du 18 octobre 2017, le recourant a déclaré, notamment, à la chambre de céans avoir fait recours, car il n'avait pas fait l'objet d'une expertise par un médecin de l'OAI, qui pourrait avoir une autre vision de sa situation que son médecin traitant, la Dresse C_____. Il ne contestait toutefois pas les conclusions de cette dernière, à savoir qu'il pourrait exercer une activité à 100% pour autant qu'elle tienne compte de ses limitations fonctionnelles, mais, il n'était pas sûr de trouver un tel travail concrètement. Il n'avait pas encore cherché d'emploi. Il fallait d'abord qu'il retrouve une stabilité, raison pour laquelle il avait entamé un suivi avec un psychologue quatre ans auparavant. Cela faisait longtemps qu'il n'avait pas travaillé. Il devait retrouver un rythme et des capacités. Il allait faire prochainement un bilan de compétences que l'aide sociale prenait en charge. Grâce à son suivi psychologique, il avait repris confiance dans ses compétences au niveau du travail, mais il avait encore beaucoup à faire pour se resocialiser à la suite de son divorce. Il voyait très peu de monde. Il occupait ses journées en se promenant un peu, car cela lui faisait du bien au dos. Il bricolait un peu des petites choses quand cela était possible et qu'il ne souffrait pas de douleurs au dos et aux épaules, soit un jour sur trois. Les autres jours, il ne faisait rien, surfait sur internet ou lisait un livre. Il prenait le moins possible de médicaments, car sinon il avait de la peine à se concentrer et ne se sentait pas bien. Il craignait également d'aggraver sa situation en prenant trop de médicaments. Ces derniers

lui permettaient de bouger davantage, mais ses douleurs augmentaient par la suite.

!> Dans son dernier emploi de technicien de réseau informatique, il gérait les réseaux informatiques de plusieurs entreprises. Il devait se rendre sur place et souvent se plier, se tordre et porter du matériel. Ce travail n'était pas idéal par rapport à ses problèmes de dos et d'épaules. Avec sa formation, il lui serait possible de faire un travail plus statique derrière un ordinateur, mais il faudrait qu'il puisse bouger vu ses limitations fonctionnelles et il n'était pas sûr qu'il lui serait concrètement possible de trouver un travail adapté, vu son parcours spécifique. Par rapport à une personne de son âge, il manquait probablement d'expérience dans ce domaine. Il aimerait bien travailler dans l'upcycling ou le recyclage, activités qui étaient compatibles avec ses limitations fonctionnelles. Il travaillait bénévolement pour une association qui faisait de l'upcycling et animait des ateliers de bricolage. En général c'était une activité sur une journée ou sur un weekend. Il avait un peu de douleurs le soir, mais cela allait, car il bougeait. Il avait été suivi par le Dr D_____ avant de l'être par la Dresse C_____. Il avait vu deux ou trois fois deux ans auparavant, le Dr J_____, neurologue, en raison de maux de tête, qui s'étaient avérés dus à des tensions physiques et morales. Il avait eu moins de maux de tête par la suite, car il avait essayé d'être moins stressé. Le fait de ne pas travailler et de ne pas être socialisé lui créait des tensions. Sa condition physique s'était dégradée petit à petit. Il avait des douleurs plus régulières après avoir repassé, fait à manger ou suspendu du linge, par exemple. Il arrivait à faire son ménage, mais avec des pauses. Il utilisait son scooter pour faire ses courses. Il n'avait pas de problèmes psychiques depuis quinze ans, mais c'était latent, et cela pourrait revenir. Il confirmait être déterminé à vouloir entrer dans le monde du travail. Dans ce but, il se rendait à la piscine toutes les trois semaines, chez le psychologue et animait des ateliers d'upcycling. Il habitait au cinquième étage sans ascenseur, ce qui expliquait peut-être pourquoi il n'allait pas plus souvent à la piscine. En effet, emprunter les escaliers lui causait des douleurs aux genoux. Il n'avait pas les moyens de déménager. Il n'avait pas donné suite à la suggestion de l'OAI de demander une aide au placement, car il fallait d'abord qu'il se stabilise. Il se couchait tard, avait parfois des insomnies et se levait, en conséquence, tard. Ce n'était pas un rythme qui convenait pour un travailleur. Il lui fallait du temps pour revenir à un rythme normal. Il ne faisait pas de recherches concrètes pour essayer de trouver du travail, peut-être en raison d'un blocage suite à la période de chômage pendant laquelle il avait cherché sans succès du travail. Grâce aux explications données par la représentante de l'OAI, il avait mieux compris ce qu'une aide au placement pourrait lui apporter. Il souhaitait obtenir une formation qui lui permettrait de trouver un travail dans la sécurité informatique qui serait compatible avec ses limitations. Il estimait qu'une expertise lui permettrait d'établir qu'il répondait aux conditions pour obtenir une telle mesure. La représentante de l'OAI a indiqué qu'une expertise n'avait pas été ordonnée, dès lors que les conclusions du médecin traitant avaient été suivies. La mesure souhaitée par le recourant était un reclassement dont les conditions n'étaient pas ouvertes. En revanche, il était possible que le recourant puisse obtenir une aide au placement, sans qu'elle puisse s'engager à ce sujet.

17. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{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. 2. À

teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une mesure de reclassement.![endif]>![if> 5. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).![endif]>![if> 6. 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).![endif]>![if> 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 (arrêt du Tribunal fédéral 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). 7. Selon l'art.17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une

nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

8. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1^{er} LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

9. 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).![]>>[]> 10. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.![]>>[]> Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 11. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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. 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). 12. 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). 13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 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; 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). 14. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'appréciation de la capacité de travail du recourant faite par la Dresse C_____, qui retenait une capacité de travail de 100% dans une activité respectant les restrictions de flexion de la colonne lombaire et la rotation/charge de l'épaule gauche, dès le

1^{er} décembre 2015. L'assuré ne conteste pas cette conclusion. Le Dr D_____ a indiqué, dans un rapport réceptionné par l'OAI le 4 février 2016, que l'assuré devait pouvoir retrouver un travail adapté après réadaptation, par exemple dans un travail de bricolage léger, confirmant ainsi partiellement les conclusions de la Dresse C_____. Contrairement toutefois à cette dernière, il considérait que l'on pouvait s'attendre à une reprise d'activité professionnelle à un degré de 30 à 50% à une date indéterminée. Il convient d'accorder une valeur probante supérieure aux conclusions de la Dresse C_____, dès lors qu'elle est le médecin traitant actuel de l'assuré et ce, depuis le 27 novembre 2013, ayant remplacé le Dr D_____ dès cette date, selon les déclarations de l'assuré. Il convient de préciser à cet égard que ces dernières emportent conviction et que le Dresse C_____ a manifestement indiqué par erreur que le patient avait été suivi « après elle par le Dr D_____ » au lieu de dire qu'il avait été suivi « avant elle » par ce médecin, en mentionnant le nom de ce médecin sur la mauvaise ligne du questionnaire médical pré-rédigé de l'OAI en novembre 2015. Le fait que le Dr D_____ ait établi son rapport après celui de la Dresse C_____, sur la base d'une consultation du 29 janvier 2016, ne rend pas celui-ci plus convaincant que celui de cette dernière, étant relevé qu'il a retenu une capacité de travail réduite en prenant, notamment, en compte le fait que l'assuré était peu motivé, ce qui n'est pas un critère pertinent en la matière. C'est ainsi à juste titre que l'OAI a retenu une capacité de travail de 100% de l'assuré dans une activité adaptée. Il convient dès lors de déterminer le taux d'invalidité du recourant.

15. a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG.

b. 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).

c. 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).

d. 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 des 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). e. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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 valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). f. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Dans un arrêt 9C_677/2015 du 25 janvier 2016, le Tribunal fédéral a jugé qu'un abattement de 15% se justifiait, vu la nature des limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé (pas de mouvement en porte-à-faux, pas de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis, alternance des positions debout et assis), lequel était, en outre, âgé de 54 ans et avait été absent de façon prolongée du marché du travail. Seules des concessions salariales sensibles pourraient compenser cet état de fait et permettre à l'intéressé d'être compétitif sur le marché du travail. Dans un arrêt 8C_311/2015 du 22 janvier 2016, le Tribunal fédéral a estimé qu'un taux de

10% tenait suffisamment compte de l'âge de l'assuré (près de 55 ans au moment de la comparaison des revenus) et de ses limitations fonctionnelles. Il a relevé qu'un abattement plus élevé n'était pas indiqué, dès lors qu'il n'y avait pas lieu de retenir des problèmes particuliers d'adaptation. L'assuré avait été en mesure de changer d'entreprise et de se plier à de nouvelles contraintes émanant d'employeurs différents. Par ailleurs, on ne pouvait prendre en compte des difficultés linguistiques dans le cas d'un assuré arrivé en Suisse en 1981 et y ayant vécu de nombreuses années. Quant à l'absence de formation professionnelle certifiée et à la scolarité limitée, les premiers juges ont rappelé que ce défaut n'avait pas entravé l'assuré dans ses recherches d'emploi avant d'être atteint dans sa santé. Dans un arrêt 8C_655/2016 du 4 août 2017, le Tribunal fédéral a confirmé un abattement de 15% pour tenir compte de l'âge de l'assuré, 58 ans au moment de la naissance de la rente qui constituait le plus grand inconvénient et du fait qu'il perdait l'avantage de compter 15 années de services chez un employeur public, relevant que les limitations fonctionnelles ne présentaient pas de spécificités telles qu'elles étaient susceptibles d'induire, à elles-seules, une réduction importante sur ses perspectives salariales compte tenu de la palette d'activités compatibles avec celles-ci. 16. Selon la comparaison des revenus effectuée par l'OAI le degré d'invalidité du recourant est de 10%. Il a considéré que l'assuré avait un statut d'actif et que le droit à la rente était né en juillet 2015. S'agissant du revenu avec invalidité, il s'est correctement référé au tableau TA1, tous secteurs confondus de l'ESS 2014 indiquant qu'un homme travaillant dans une activité de niveau 1 (activités simples et répétitives) pouvait réaliser un salaire annuel brut de CHF 66'633.- en 2015. En raison des limitations fonctionnelles dues à son atteinte et son âge, il a accordé une réduction supplémentaire de 10%, ramenant le salaire brut annuel à CHF 59'969.-. Les autres critères habituellement admis par la jurisprudence ne permettaient pas, selon lui, de réduction supplémentaire.

17. Au vu des limitations fonctionnelles du recourant, de son âge (56 ans en juillet 2015), et du fait qu'il n'a pas travaillé depuis 2008, la chambre de céans estime que l'OAI aurait dû procéder à une réduction du revenu statistique de 15%, et retenir, en conséquence, un revenu avec invalidité en 2015 de CHF 56'638.05 (CHF 66'633.- – CHF 9'994.95). S'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI s'est référé à tort aux salaires statistiques dès lors que l'on sait, par le biais de l'extrait de compte individuel du recourant, que celui-ci a touché de son dernier employeur CHF 33'485.- de janvier à juin 2008, ce qui correspond à un revenu annuel de CHF 66'970.-, et de CHF 71'259.66 indexé à 2015 (CHF 66'970.- x 2226 / 2092). Le taux d'invalidité du recourant est ainsi de 20% (CHF 71'259.66 – CHF 56'638.05 x 100 / 71'259.66). Ce taux lui ouvre en principe un droit au reclassement selon la jurisprudence précitée. Cette mesure se justifie en l'espèce, car elle pourrait, selon toute vraisemblance permettre à l'assuré de se procurer une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité, étant relevé qu'il ne peut plus exercer celle de technicien de réseau informatique qui n'est pas compatible avec ses limitations fonctionnelles et qu'il a indiqué souhaiter, notamment, obtenir une formation qui lui permettrait de trouver un travail dans la sécurité informatique, activité qui serait compatible avec ses limitations. 17. Il sera en outre rappelé au recourant qu'il peut également demander une aide au placement à l'OAI, comme cela lui a été indiqué par ce dernier dans la décision querellée.

18. Fondé, le recours sera admis, la décision querellée sera annulée et il sera dit que le recourant a droit à une mesure de reclassement.

19. Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant, qui n'est pas assisté d'un conseil et qui n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPG).

20. L'intimé, qui succombe, sera condamné

au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis 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.