

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1521/2013

ATAS/949/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 septembre 2013

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur R_____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FULLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur R _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant monténégrin né en 1968, a travaillé en tant que plongeur au DOMAINE DE X _____ SA dès le 1^{er} juillet 2007 pour un salaire mensuel de 4'155 fr. 10.
2. Le 18 avril 2010, l'assuré a glissé dans les escaliers sur son lieu de travail et s'est blessé au genou. Il a été en incapacité de travail totale dès cette date.
3. Le Dr S _____, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une échographie du genou droit le 21 mai 2010. Il a conclu à des signes de gonarthrose fémoro-tibiale interne avancée associée à une déchirure complexe du ménisque interne, à une déchirure oblique touchant le corps du ménisque externe, à un status post-ancienne rupture du ligament croisé antérieur et arrachement d'une pastille osseuse correspondant à la zone d'insertion de ce ligament au niveau du massif des épines tibiales, à un épanchement intra-articulaire et à un probable status post-rupture récente d'un kyste de Baker.
4. Dans son rapport d'échocardiographie du 31 mai 2010, le Dr T _____, spécialiste FMH en cardiologie, a conclu à des signes de dysfonction diastolique du ventricule gauche compatibles avec une hypertension artérielle. Un test d'effort pour objectiver les signes d'ischémie serait prochainement réalisé.
5. Dans son rapport du 27 juillet 2010, le Dr U _____, médecin auprès du Service de chirurgie orthopédique des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), a indiqué qu'un traitement chirurgical serait entrepris, consistant soit en une ménisectomie simple avec par la suite une plastie du ligament croisé antérieur, soit en une suture des ménisques interne et externe réalisée en même temps que la plastie ligamentaire.
6. Le 28 octobre 2010, l'employeur a résilié les rapports de travail pour le 31 janvier 2011.
7. Le 28 janvier 2011, le Dr V _____, médecin auprès du Service de chirurgie orthopédique des HUG, a souligné que l'intervention au genou prévue en juillet 2010 avait été annulée pour des raisons médicales, un bilan cardiologique plus complet étant nécessaire avant l'anesthésie. L'arthroscopie serait reprogrammée prochainement.
8. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI ou l'intimé) en date du 5 mai 2011, en invoquant une déchirure méniscale et une arthrose du genou depuis le 18 avril 2010.

9. Dans le questionnaire pour l'employeur rempli le 20 juillet 2011, le DOMAINE DE X_____ a indiqué que l'assuré réaliserait un revenu annuel de 55'665 fr. sans atteinte à la santé. Selon les relevés de salaires joints, l'assuré avait obtenu un revenu de 52'030 fr. 50 en 2008, de 58'931 fr. 05 en 2009 et de 42'260 fr. en 2010..
10. Le 20 septembre 2011, le Dr A_____, chef de clinique auprès du Service de chirurgie orthopédique des HUG, a posé les diagnostics de rupture du ligament croisé antérieur du genou droit et de plastie de ce ligament le 22 juin 2011 et de lésion de l'anse du ligament croisé antérieur et du ménisque externe ayant entraîné une ménisectomie le 23 février 2011. Les douleurs du versant interne du genou persistaient et l'assuré présentait un épanchement intra-articulaire. Le pronostic était plutôt favorable. L'incapacité de travail était totale depuis le 22 juin 2011 en raison de l'impotence fonctionnelle du genou. Il y aurait lieu de la réévaluer six mois après la plastie ligamentaire.
11. Dans son rapport du 24 janvier 2012, le Dr B_____, chef de clinique auprès du Service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'améliorait. Le genou était stable avec une amélioration clinique, malgré la persistance des douleurs. La capacité de travail était de 100 % (*recte* 0 %) en tant que cuisinier depuis juin 2011 et nulle (*recte* totale) dans un travail de bureau. La compliance était bonne et les plaintes concordait avec l'examen clinique. Un retour au travail à temps complet pourrait être envisagé neuf mois plus tard environ.
12. Par courrier du 27 février 2012 au Dr B_____, l'OAI lui a fait remarquer qu'il avait fait état d'une capacité de travail totale dans l'activité habituelle en juin 2011. L'assuré avait pourtant subi une opération à cette date, raison pour laquelle l'OAI a requis des précisions sur l'évolution de la capacité de travail.
13. Le Dr B_____ s'est exécuté le 5 juillet 2012, en signalant que les limitations fonctionnelles constatées étaient une persistance des douleurs malgré une mobilité et une stabilité du genou satisfaisantes. Du point de vue orthopédique, il n'y avait plus d'incapacité de travail depuis le 31 mars 2012.
14. Dans son avis du 18 septembre 2012, le Dr C_____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu que le Dr B_____ avait attesté d'une évolution favorable et d'une capacité de travail nulle dans l'activité de plongeur mais totale dans une activité adaptée et que ce médecin aurait confirmé en juillet 2012 que la capacité de travail était entière dans toute activité sans limitation fonctionnelle.
15. L'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité en date du 1^{er} février 2013. Il a retenu à titre de revenu sans invalidité le salaire de 55'665 fr. indiqué par l'employeur pour 2011 et tenu compte pour le revenu avec invalidité du salaire statistique tiré d'une activité simple et répétitive selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2010 (ESS, TA1, ligne Total), soit 61'733 fr. après indexation

et adaptation à la durée statistique du travail de 41.6 heures en 2011. La comparaison des revenus aboutissait à un taux d'invalidité nul.

16. Le 11 février 2013, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, lequel reprenait le calcul d'invalidité du 1^{er} février 2013 et niait le droit aux prestations. L'OAI a précisé que le revenu avec invalidité ne devait pas faire l'objet d'un abattement en l'absence de limitations fonctionnelles spécifiques.
17. Par décision du 12 avril 2013, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision.
18. Par écriture du 13 mai 2013, l'assuré interjette recours contre la décision de l'OAI. Il conclut, sous suite de dépens, à son annulation, à l'octroi de mesures d'ordre professionnel et d'une rente entière d'invalidité. Il allègue qu'il boite et qu'il a mal au genou. Il lui est impossible d'exercer une activité professionnelle impliquant des efforts physiques. Il ne parle quasiment pas le français et sollicite donc des mesures de reclassement pour trouver une activité professionnelle adaptée. Il soutient que les rapports du Service de chirurgie orthopédique des HUG ne sont guère probants. Son dossier n'est pas bien suivi car les médecins qui le traitent dans cette unité changent constamment. Le Dr B _____ faisait en effet état d'une capacité de travail totale en tant que cuisinier en juin 2011 alors qu'il n'a jamais exercé une telle activité et qu'il subissait une opération à la même période. Le rapport du 8 novembre 2012 du Dr D _____, chef de clinique auprès du même service, que le recourant produit à l'appui de son écriture, évoque quant à lui une activité dans le bâtiment. Le recourant soutient que la dégradation durable de son état de santé le rend inapte à une activité impliquant un effort physique sur les jambes.

Il produit les documents suivants:

- a. rapport du Dr D _____ dans lequel ce médecin indique que le recourant souffre d'une gonarthrose évolutive et présente des douleurs importantes au genou en fin de journée, qui l'empêchent de reprendre son travail dans le bâtiment;
- b. lettre de sortie du 17 août 2011 signée par le Dr A _____, posant les diagnostics d'instabilité antérieure de grade III du genou droit sur rupture du ligament croisé antérieur et de status post-ménisectomie interne et externe partielle du genou droit, et attestant d'une incapacité de travail totale durant six semaines après la plastie de reconstruction du ligament pratiquée le 22 juin 2011;
- c. courrier du 24 janvier 2013 du Dr E _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, au mandataire du recourant, attestant d'une première consultation en date du 6 mai 2010 en raison des douleurs consécutives à l'accident. Ce médecin a à l'époque constaté un gros épanchement du genou droit, une douleur importante du compartiment interne et une pression artérielle

élevée. Il revoit régulièrement le recourant depuis avril 2012 et a constaté dès cette date un déconditionnement musculaire net au membre inférieur droit avec un discret épanchement du genou. La tension artérielle est toujours élevée, à l'instar du taux de cholestérol. Une IRM du genou droit a confirmé plusieurs lésions justifiant une réévaluation chirurgicale. Sa capacité de travail reste nulle dans son activité d'employé dans la restauration ou toute autre activité physique importante. Un travail sédentaire pourrait être envisagé, mais semble illusoire dès lors que le recourant ne maîtrise pas le français.

- d. rapport d'IRM réalisée le 23 août 2012 par le Dr S_____, concluant à une déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne (lésion de grade IV), à l'amputation du bord libre du ménisque interne compatible avec un status après résection méniscale partielle, à la plastie du ligament croisé antérieur, à la mise à nu de l'os sous-chondral au niveau de la moitié interne de la zone portante du plateau tibial interne avec œdème sous-chondral associé et irrégularité superficielle du cartilage de la zone portante du condyle fémoral externe, et à l'ulcération cartilagineuse touchant plus de la moitié du cartilage du versant postéro-externe du plateau tibial externe;
 - e. rapport du Dr D_____ du 3 mai 2013, dont il ressort que le recourant est atteint de gonarthrose tri-compartimentale et souffre encore de douleurs au genou l'empêchant de reprendre son travail dans le bâtiment, et indiquant qu'une réorientation professionnelle serait nécessaire.
19. Dans sa réponse du 11 juin 2013, l'intimé conclut au rejet du recours. Il relève que le droit au reclassement suppose qu'une telle mesure soit nécessaire en raison de l'invalidité afin d'améliorer ou de sauvegarder la capacité de gain et qu'un assuré n'a pas droit aux mesures qui seraient les meilleures dans son cas. L'intimé ajoute que l'invalidité doit être de l'ordre de 20 % au moins pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement. En l'espèce, le taux d'invalidité du recourant est nul, ce qui n'ouvre droit ni aux mesures professionnelles, ni à une rente d'invalidité. Si le rapport du Dr D_____ du 3 mai 2013 produit à l'appui du recours confirme que l'ancienne activité du recourant n'est plus possible, cela n'a pas d'influence sur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.
20. Dans ses déterminations du 8 juillet 2013, le recourant conteste que son degré d'invalidité soit nul. Il affirme qu'il est suffisamment invalide pour rendre indispensables des mesures de réadaptation et demande qu'une expertise soit mise en œuvre afin de déterminer son taux d'invalidité. Il répète que les rapports médicaux le concernant ne sont pas probants.
21. 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; RSG 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité.
4. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).
5. 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). 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).

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent. L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé. Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité. L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (ATFA non publié 9C_534/2010 du 10 février 2011, consid. 3.2 et les références citées).

6. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.
7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments

subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2).

b) 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. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

8. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide (ATFA non publié I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATFA non publié B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalide, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa).

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). 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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6).

9. En l'espèce, tous les médecins traitants qui se sont prononcés sur la capacité résiduelle de travail du recourant s'accordent à reconnaître qu'elle est complète dans une activité adaptée. S'agissant du rapport du Dr B _____ du 24 janvier 2012, on notera en préambule que la mention d'une capacité de travail complète en tant que cuisinier et nulle dans un travail de bureau ne peut être considérée autrement que comme une erreur de plume, et que les indications de ce médecin

doivent être comprises en ce sens que la capacité dans l'activité habituelle était nulle, alors qu'une activité sédentaire pouvait être exercée à temps complet. Le Dr E_____ confirme également qu'un emploi sans activités physiques importantes était possible. Quant au Dr D_____, il ne s'est pas formellement déterminé sur la capacité de travail résiduelle mais ne semble pas l'exclure puisqu'il évoque une réorientation professionnelle. Enfin, les rapports d'examens du radiologue n'apportent aucun éclairage sur la capacité de gain du recourant.

Compte tenu du consensus entre les médecins sur la capacité de gain dans une activité adaptée, il n'est pas nécessaire de faire procéder à des examens supplémentaires sur ce point. Le recourant relève certes des erreurs dans les rapports établis à son sujet. En plus de l'erreur de plume déjà relevée ci-dessus, le Dr B_____ a en effet mentionné que le recourant était cuisinier avant son accident, alors qu'il était en réalité plongeur dans un restaurant. Ce sont cependant là des activités très largement comparables du point de vue des sollicitations physiques. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'une méprise sur un point secondaire du rapport, de sorte qu'elle ne suffit pas à ôter toute valeur probante aux conclusions du Dr B_____. Quant au Dr D_____, s'il s'est trompé en indiquant que le recourant était actif dans le bâtiment, cela n'a pas d'incidence concrète dès lors que ce médecin ne se prononce pas expressément sur la capacité de travail résiduelle.

Eu égard à ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des Drs E_____ et B_____, aux termes desquelles le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Il s'avère ainsi superflu d'ordonner une expertise, par appréciation anticipée des preuves. On soulignera à cet égard que ce n'est que lorsqu'il n'est pas possible de prendre une décision uniquement sur la base des renseignements de l'assuré ou de tiers que la mise en œuvre d'autres moyens de preuve s'impose (Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 124). Tel n'est pas le cas en l'espèce, les rapports médicaux permettant de statuer sur le degré d'invalidité du recourant.

10. S'agissant du degré d'invalidité, le calcul de l'intimé est conforme aux principes dégagés par la jurisprudence et ne prête donc pas flanc à la critique. Tout au plus pourrait-on admettre un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé en raison des limitations fonctionnelles, ce qui le réduirait à 55'595 fr. 70. Toutefois, même en tenant compte d'une telle réduction, le degré d'invalidité serait nul, le salaire sans invalidité, de 55'665 fr. en 2011, étant inférieur à ce montant. Certes, on pourrait se poser la question de savoir s'il n'y a pas lieu de prendre en compte, à titre de salaire sans invalidité, celui de 2009 de 58'931 fr. 05. Toutefois, cette question peut rester ouverte, dans la mesure où cela n'ouvrirait pas non plus le droit à une rente, le degré d'invalidité restant inférieur à 40%.

11. Reste à examiner si le recourant peut prétendre à une mesure d'ordre professionnel.

a) 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 (ATF non publié 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).

b) Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer

leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, n^{os} 2001 et 2002). Point n'est en principe besoin de présenter une perte de gain pour bénéficier d'une telle mesure (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009).

Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent (ATF 114 V 29 consid. 1a; voir également ATFA non publié I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 203). L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé (ATFA non publié I 11/99 du 15 octobre 1999 consid. 6). Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité (ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29).

b) En l'espèce, une mesure de reclassement dans une autre profession n'est pas indiquée, le recourant n'ayant aucune formation professionnelle.

Toutefois, il sied de constater que son handicap l'empêche de poursuivre l'emploi qu'il exerçait jusque-là et réduit le champ des activités possibles, le recourant devant envisager une activité assise et sans lourdes charges. Une mesure d'orientation s'avère dès lors nécessaire pour lui permettre de déterminer dans quels postes il est susceptible de se réinsérer professionnellement avec succès. Rien ne permet par ailleurs de supposer qu'une telle mesure serait vouée à l'échec d'avance, en raison d'un défaut de motivation. En effet, le recourant a uniquement allégué être incapable de travailler dans les activités impliquant un effort physique sur les jambes et ne nie pas disposer d'une capacité de travail dans une activité adaptée, ce qui l'a du reste motivé à demander des mesures de réadaptation professionnelle. Enfin, pour bénéficier d'une orientation professionnelle, il n'est pas nécessaire de présenter une perte de gain, selon la jurisprudence précitée.

12. Eu égard à ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision querellée réformée dans le sens que le recourant a droit à une mesure d'orientation professionnelle.
13. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, il y a lieu de lui octroyer une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens (art. 61 let. g LPG).

14. La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité, l'intimé supportera l'émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision du 12 avril 2013 dans le sens que le recourant est mis au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
6. 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

La Présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le