



---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : le recourant) est né le \_\_\_\_\_ 1972 à Hammamet (Tunisie). Il s'est marié le 24 janvier 1995 à B\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1946, dont il est divorcé depuis le 2 mars 2004. Il a épousé en secondes noces C\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1982, dont il a eu trois enfants, D\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 2006, E\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 2008, et F\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 2013.

Le recourant s'est établi en Suisse en octobre 1995. Il a obtenu un permis de séjour dans le canton de Genève le 25 janvier 1996 et est au bénéfice d'un permis d'établissement depuis le 26 mars 2001. Il est de nationalité tunisienne.

Il a été victime d'un accident le 23 juin 1998, lui ayant occasionné des problèmes à une épaule, ainsi qu'un accident de la circulation routière le 11 novembre 2011, à la suite duquel il a éprouvé des douleurs à l'épaule gauche.

2. Le 9 juillet 2012, le recourant a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI).

Dans cette demande, il a indiqué qu'il touchait des prestations de l'aide sociale, soit le revenu minimum cantonal d'aide sociale, qu'il était sans activité et, à propos de l'atteinte à sa santé, qu'elle a été causée par un accident et l'affectait « depuis 1999/rechute 2011 ». Il a précisé que son médecin-traitant est le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, dont il a produit des certificats médicaux (partiellement illisibles) attestant d'une capacité de travail oscillant entre 0% et 50% pour cause d'accident pour des périodes remontant à l'année 2010 pour les uns, et à la fin de l'année 2011 et à l'année 2012 pour les autres. Il a également produit un certificat médical du Dr H\_\_\_\_\_, du service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), du 11 novembre 2011, attestant qu'il était en traitement dans le service précité des HUG à cette date-ci, pour un accident ayant causé une incapacité de travail de 100% du 11 au 16 novembre 2011, avec date de reprise du travail à 100% le 17 novembre 2011.

3. Dans un formulaire intitulé « Rapport médical » qu'il a rempli le 19 juillet 2012, reçu à l'OAI le 25 juillet 2012, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué, comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail, un accident ayant provoqué une contusion de l'épaule gauche survenu le 11 novembre 2011, pour lequel le recourant avait été en traitement d'abord au service des urgences des HUG puis, dès le 14 novembre 2011, auprès de lui-même, en précisant que l'accident en question avait été une chute en scooter, que le recourant souffrait d'un syndrome douloureux chronique à l'épaule gauche, et que le pronostic était « sombre ». Il a indiqué que le recourant était en incapacité de travail à 100% du 11 novembre 2011 au 31 janvier 2012, puis à 50% depuis le 1<sup>er</sup> février 2012, et que, d'un point de vue médical, l'activité exercée était exigible à 50%, avec une réduction de rendement, ajoutant que des mesures de réadaptation professionnelle apparaissaient susceptibles de réduire les restrictions à poser à l'exercice de l'activité exercée. Au titre des limitations dues à

---

l'état de santé du recourant, il a précisé que ce dernier pouvait exercer des activités impliquant les différentes positions et mouvements imaginables, sous réserve de celles nécessitant de travailler avec les bras au-dessus de la tête, de soulever et porter des objets (sans indication de limite de poids) et de monter sur une échelle ou un échafaudage, et que ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance n'étaient pas limitées des suites de l'accident considéré.

4. De documents qu'il a adressés à l'OAI en réponse à une demande de ce dernier, il résulte que le recourant a exercé diverses activités professionnelles, dans l'hôtellerie (en Tunisie entre 1991 et 1995 et à Genève en 1995 et 1996), dans la vente d'appareils électroménagers (en 1996 et 1997), comme employé polyvalent et chauffeur-livreur dans une entreprise de primeurs en gros (entre 1997 et 2003), dans la vente de meubles comme responsable de magasin (entre 2004 et 2007), dans le classement de documents à l'office des poursuites au bénéfice d'un contrat de durée déterminée (en 2009), et comme vendeur dans un magasin de vêtements en occupation temporaire sur placement de l'office cantonal de l'emploi (en 2010).
5. Le 15 août 2012, l'Hospice général a indiqué verser des prestations d'aide sociale au recourant depuis le 1<sup>er</sup> juin 2010, et il a fait valoir son droit au remboursement desdites prestations sur les prestations que l'assurance-invalidité lui verserait le cas échéant à la suite de sa demande de prestations AI.
6. Dans un rapport médical intermédiaire, envoyé à l'OAI le 2 novembre 2012, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé du recourant était resté stationnaire, que sa douleur à l'épaule gauche continuait d'avoir une influence sur sa capacité de travail depuis le 14 novembre 2011, et que la physiothérapie ne produisait pas d'effet notable.
7. Par une communication du 6 décembre 2012, l'OAI a fait savoir au recourant qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en sa faveur, et qu'il examinait s'il avait droit à une rente (en rappelant que le droit à la rente ne peut naître qu'après un délai d'attente d'une année, respectivement au plus tôt six mois après le dépôt de la demande).

Le recourant n'a pas demandé la notification d'une décision sujette à recours à ce propos (ainsi que ladite communication lui en ouvrait la possibilité).

8. Les 24 janvier et 8 février 2013, le service de médecine de premiers recours des HUG a indiqué à l'OAI qu'il n'était pas en mesure de remplir les documents que celui-ci lui avait fait parvenir, pour le motif que le recourant avait été vu par ledit service uniquement dans le cadre d'une consultation d'urgence, sans suivi médical, et il a invité l'OAI à s'adresser au médecin-traitant du recourant.
9. Le 15 février 2013, également en réponse à une demande de l'OAI, GENERALI assurances a fait parvenir à ce dernier le dossier médical qu'il avait à propos du recourant, dossier dans lequel figuraient deux certificats médicaux intermédiaires du Dr G\_\_\_\_\_. Le premier, du 5 juin 2012, faisait état d'une incapacité de travail à

50% depuis le 1<sup>er</sup> février 2012 et du fait qu'une demande de prestations de l'AI devait être faite car il n'y avait aucun progrès ; les bilans complémentaires ne donnaient aucune pathologie clairement définie à l'origine des plaintes douloureuses chroniques du recourant. Le second, du 5 novembre 2012, mentionnait une contusion de l'épaule gauche, une incapacité de travail à 50% depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2012, un état stabilisé et le fait qu'il y avait peu de progrès à attendre.

Dans un rapport médical intermédiaire du 22 février 2013 en vue d'actualisation du dossier depuis novembre 2012, le Dr G\_\_\_\_\_ a donné des informations similaires à celles figurant dans les deux certificats médicaux précités (en particulier que l'état de l'assuré était stationnaire depuis plus d'un an et que sa capacité de travail était de 50% depuis le 1<sup>er</sup> février 2012 dans son poste occupé de chauffeur, répondant par l'affirmative à la question de savoir si un examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé du recourant sur la capacité de travail de ce dernier.

10. Dans un avis médical du 27 mai 2013 du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ ont indiqué qu'à la suite d'un accident de scooter survenu le 11 novembre 2011 lui ayant occasionné une contusion de l'épaule gauche, le recourant avait été en incapacité de travailler à 100% du 11 novembre 2011 au 31 janvier 2012, puis à 50% depuis le 1<sup>er</sup> février 2012. Elles ont fait état de l'avis du Dr G\_\_\_\_\_, selon lequel le recourant avait subi, lors de cet accident, une entorse acromio-claviculaire gauche et que depuis lors les douleurs s'étaient chronicisées avec une limitation du membre supérieur gauche sans substrat organique, malgré un traitement anti-inflammatoire et de la physiothérapie. Devant ce tableau de syndromes douloureux chroniques persistants, secondaire à une contusion accidentelle de l'épaule gauche, elles préconisaient une expertise rhumatologique, à confier au Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et elles ont établi la liste des questions à poser audit expert.

Par une communication du 29 mai 2013, l'OAI a informé le recourant de son intention de le faire expertiser par ledit médecin, et il lui a soumis les questions qu'il posait à ce dernier, en lui donnant la possibilité de proposer des questions complémentaires dans un délai de dix jours (possibilité dont le recourant n'a pas fait usage).

Le recourant a donné suite à la convocation du Dr K\_\_\_\_\_ de se présenter à sa consultation le 3 octobre 2013.

11. Le Dr K\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise le 16 décembre 2013, après avoir procédé à un examen clinique du recourant, lu le dossier mis à sa disposition par l'OAI et complété ce dernier par divers documents qu'il a lui-même recueillis (en particulier une radiographie de l'épaule gauche réalisée le 26 avril 2000 par la Dresse L\_\_\_\_\_, une radiographie de la colonne cervicale réalisée le 17 mai 2001

par le Dr M\_\_\_\_\_, une radiographie de la clavicule et de l'articulation acromio-claviculaire réalisée le 17 mai 2001 par le Dr M\_\_\_\_\_, une échographie de l'épaule gauche réalisée le 21 novembre 2011 par le Dr N\_\_\_\_\_, une radiographie du thorax et du gril costal droit réalisée le 21 novembre 2011 par le Dr N\_\_\_\_\_, une radiographie de l'épaule réalisée le 21 novembre 2011 par le Dr N\_\_\_\_\_, une arthrographie et un arthro-IRM de l'épaule gauche réalisés le 15 mai 2012 par le Dr O\_\_\_\_\_, et un ENMG du membre supérieur gauche réalisé le 25 mai 2012 par le Dr P\_\_\_\_\_).

Au chapitre de l'anamnèse, le Dr K\_\_\_\_\_ a noté que le recourant a déclaré avoir souffert d'un premier traumatisme de l'épaule gauche en 1999, pour lequel le Dr G\_\_\_\_\_ l'avait opéré en 2000 au niveau acromio-claviculaire, et que l'évolution avait été positive si bien qu'il avait pu reprendre son activité professionnelle à 100% quoique ressentant, surtout lors des changements de temps, des douleurs non handicapantes à ce niveau. Il a ensuite mentionné l'accident de scooter du 11 novembre 2011, ayant provoqué un traumatisme crânien avec amnésie partielle et des contusions de la colonne cervicale et de l'épaule gauche (sans fracture), en précisant que cette fois-ci l'évolution n'avait pas été bonne, de fortes douleurs ayant persisté au niveau de l'épaule gauche, accompagnées d'une limitation des mouvements en actif et en passif, alors que les investigations radiologiques et neurologiques étaient toutes dans la norme. Ledit expert a en outre noté que le recourant se disait déprimé, très défaitiste, sans envie ni désir, et qu'il passait sa vie quotidienne à s'occuper de ses enfants, faire les courses, regarder la télévision et travailler sur son ordinateur, sans s'occuper du ménage, ni faire aucune activité sportive, son traitement consistant en la prise de médicaments mais ne comportant pas de suivi de physiothérapie.

Au chapitre du status clinique somatique, le Dr K\_\_\_\_\_ a relevé que le recourant était en bon état général, droitier, se déplaçait normalement, montait les escaliers sans difficulté, ne devait pas changer de position durant l'entretien, se déshabillait et s'habillait avec difficulté et n'arrivait pas à lever son membre supérieur gauche, et que les diverses auscultations (du cœur, des poumons, du foie, des reins et du cou) étaient sans particularité, de même que l'examen dermatologique et l'examen neurologique (avec des réflexes présents et symétriques et une force conservée aux quatre membres).

Au chapitre du status ostéo-articulaire, il a noté, concernant l'épaule gauche, que l'élévation était à 100° et l'abduction à 90° tant en passif qu'en actif (alors qu'elles étaient à 170° à l'épaule droite), et que le recourant n'arrivait pas à mettre son bras gauche dans le dos, les autres examens effectués étant pour le surplus sans particularité. Une arthro-IRM de l'épaule gauche, que l'expert a fait faire le 9 octobre 2013 par le Dr Q\_\_\_\_\_, a révélé une tendinose du supra-épineux sans rupture transfixiante, un aspect remanié de part et d'autre de l'articulation acromio-claviculaire avec status post-acromioplastie, une absence de lésion du long chef du

biceps et du sous-scapulaire, mais une éventuelle suspicion d'une capacité articulaire réduite et d'une capsulite.

Le Dr K\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche (M75.0) comme ayant une répercussion sur la capacité de travail, et le diagnostic de status post-plastie acromio-claviculaire gauche (M99.07) comme n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Il a indiqué n'avoir pas trouvé d'élément faisant suspecter une simulation, une amplification des symptômes ou un syndrome douloureux chronique, mais a trouvé le recourant « très ralenti, sans projets d'avenir ». Il a estimé que si la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle avait été de 0% du 11 novembre 2011 au 31 janvier 2012, puis de 50% du 1<sup>er</sup> février 2012 au 17 octobre 2013, puis de 100% dès le 18 octobre 2013, sa capacité de travail était de 100% à partir du 1<sup>er</sup> mars 2012 (soit trois mois après l'accident) dans une activité adaptée (comme celle de vendeur) s'il ne devait pas porter plus de cinq kilos, ni devoir soulever le membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale (conditions présentées comme des limitations fonctionnelles). L'expert n'a pas formulé de proposition d'autres traitements, ajoutant, à titre de pronostic, que les « capsulites rétractiles de l'épaule guérissent toujours à 100%, mais cela peut prendre beaucoup de temps ».

12. Dans un avis médical du SMR du 23 janvier 2014, la Dresse J\_\_\_\_\_ a résumé la situation médicale du recourant, et fait siennes les conclusions de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_.
13. Le 11 mars 2014, l'OAI a fait parvenir au recourant un projet de décision lui refusant des prestations de l'assurance-invalidité, tant une rente d'invalidité que des mesures de reclassement. Les incapacités de travail admises étaient de 100% du 11 novembre 2011 au 31 janvier 2012, de 50% du 1<sup>er</sup> février 2012 au 17 octobre 2013, et de 0% dès le 18 octobre 2013, mais la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles était de 100% depuis février 2012. Pour le calcul d'un taux d'invalidité, l'OAI retenait un revenu hypothétique sans invalidité de CHF 57'061.- (soit le revenu actualisé pour 2012 du revenu de CHF 53'384.- réalisé par l'assuré en 2007), un revenu avec invalidité de CHF 55'995.- après abattement, au titre des limitations fonctionnelles, de 10% sur un revenu avec invalidité de CHF 62'217.- (correspondant au revenu d'un homme travaillant à 100% dans une activité de niveau 4, consistant en des activités simples et répétitives, d'après l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires 2012, tableau TA1, réalisée par l'Office fédéral de la statistique, applicable à titre d'activité adaptée susceptible d'être exercée par l'assuré), si bien que la perte de gain était de CHF 1'066.- par année, représentant 2% d'invalidité, dès novembre 2012 (soit à l'échéance du délai d'attente d'une année).
14. Par un pli recommandé du 31 mars 2014 de Me Marlène PALLY, avocate désormais constituée pour la défense des intérêts du recourant, ce dernier s'est opposé au projet de décision de l'OAI, et a demandé une rente AI d'au moins 50% dès lors qu'il avait toujours des douleurs à l'épaule suite à un accident de la route et

---

qu'il aurait de la peine à exercer même une profession adaptée à son état de santé, se trouvant d'ailleurs toujours en incapacité totale de travailler selon le Dr G\_\_\_\_\_.

15. Par un pli recommandé daté du 30 avril 2014, distribué le 5 mai 2014, l'OAI a dénié au recourant le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, pour les motifs et dans les termes de son projet de décision précité du 11 mars 2014, aucun élément médical nouveau n'ayant été apporté qui permettrait de remettre en question la capacité de travail raisonnablement exigible fixée par le SMR, à savoir une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Le fait que l'assuré était toujours en arrêt de travail ne lui ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité, l'invalidité étant une notion économique ne se confondant pas nécessairement avec une incapacité de travail déterminée par les médecins suivant l'assuré.
16. Le recourant, représenté par Me PALLY, a recouru contre cette décision le 4 juin 2014, en concluant préalablement à son audition et à celle du Dr G\_\_\_\_\_, et principalement à l'annulation de la décision de l'OAI du 30 avril 2014, à l'octroi d'une rente d'invalidité complète, voire d'une demi-rente d'invalidité, à la condamnation de l'OAI au paiement des frais judiciaires et à l'octroi de dépens.

Il a produit à l'appui de son recours un courrier du Dr G\_\_\_\_\_ du 23 mai 2014, aux termes duquel le bilan radiologique complémentaire effectué (à savoir une arthro-IRM et un ENMG) ne montrait aucune atteinte anatomique pouvant expliquer la persistance des douleurs, que les tests d'infiltration qu'il avait effectués s'étaient révélés négatifs, et qu'il était difficile de traiter ledit patient présentant « une forme d'épaule gelée frustrante non-évolutive, avec des douleurs chroniques pour lesquelles tous les moyens diagnostics utilisés ne permettent pas de progresser, ni dans la compréhension de l'origine des lésions, ni dans l'efficacité de la thérapeutique », ajoutant que le pronostic de ce patient était défavorable et qu'il lui paraissait difficile d'envisager une issue favorable à moyen ou à long termes, que son incapacité de travail demeurait complète, et qu'une expertise pourrait être utile pour faire « une évaluation globale de ce patient ».

Il a contesté essentiellement que ses limitations fonctionnelles justifient un abattement de 10% seulement de son revenu avec invalidité, estimant qu'une réduction minimale de 50% s'imposait, avec la conséquence que le revenu avec invalidité à retenir serait de CHF 31'108.50 (soit le 50% du revenu avec invalidité avant abattement de CHF 62'217.-), si bien que, ajoutait-il, sa perte de gain s'élevait à CHF 25'952.50 (soit CHF 57'061.- - CHF 31'108.50) et qu'ainsi son degré d'invalidité était de CHF 54,51% (soit CHF 31'108.50 / CHF 57'061.- x 100).

Il a souligné par ailleurs que ses douleurs impliquaient un possible manque de concentration et d'énergie ainsi que des capacités physiques amoindries même dans une profession adaptée, et qu'aucun employeur ne l'engagerait en raison de son handicap (« une faiblesse à l'épaule causant un déséquilibre dans le statut organique qui provoque des malaises et qui donc peut constituer un danger au travail »).

17. Dans sa réponse du 3 juillet 2014 au recours, l'OAI a conclu au rejet de ce dernier, en soulignant la valeur probante du rapport d'expertise du Dr K\_\_\_\_\_, et en relevant l'absence d'arguments contraires pertinents. Il a aussi rappelé qu'un abattement du revenu avec invalidité ne pouvait en tout état être supérieur à 25% et qu'en l'occurrence un abattement supérieur à 10% ne se justifiait pas « dans la mesure où le recourant est titulaire d'un permis C, encore jeune, en Suisse depuis de nombreuses années, et apte à travailler sur un plein temps », tout en relevant que même avec un abattement maximal de 25% du revenu avec invalidité, la perte de gain qui en résulterait ne donnerait pas un degré d'invalidité ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
18. Dans sa réplique du 14 juillet 2014, Me PALLY a fait valoir, pour le compte du recourant, que le Dr G\_\_\_\_\_ s'était opposé, dans son dernier courrier du 23 mai 2014, à une reprise d'activité de son patient, estimant l'incapacité de travail de ce dernier encore complète, alors que ledit médecin-traitant connaissait le recourant depuis 1998 et était bien au courant de sa situation médicale. Elle a maintenu qu'un abattement de 10% du revenu avec invalidité était insuffisant, soulignant que le recourant n'avait pas de diplôme pour obtenir un emploi rémunéré au niveau retenu par l'OAI, que le contexte économique était en outre défavorable pour un candidat à l'emploi de 42 ans présentant les limitations fonctionnelles du recourant, et que ce dernier, faisant l'objet de poursuites pour plus de CHF 100'000.- de dettes, ne trouverait pour ce motif-ci pas de travail dans certaines activités adaptées à ses limitations fonctionnelles, dans l'administration publique ou une banque par exemple. Elle a maintenu sa demande d'audition du Dr G\_\_\_\_\_.
19. La cause a été gardée à juger le 30 juillet 2014.

### **EN DROIT**

1. a) Selon l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05), en vigueur dès le 1er 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). La chambre de céans est donc compétente pour connaître du recours, dès lors que le recourant conteste une décision fondée sur la LAI.
- b) La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI).

Déposé le 4 juin 2014 contre une décision du 30 avril 2014 reçue le 5 mai 2014, le présent recours a été interjeté en temps utile, soit dans le délai de 30 jours à compter de la notification (art. 60 al. 1 LPGA).

Il contient un exposé des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions du recourant, et satisfait ainsi aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

Le recourant a qualité pour recourir contre la décision attaquée, en tant qu'elle lui refuse des prestations de l'AI auxquelles il estime avoir droit, car il est touché par cette décision et a un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification (art. 59 LPGA).

c) Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. 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; ATF 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 ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]).

Les faits pertinents dans la présente affaire se sont produits depuis le 11 novembre 2011, date de l'accident de scooter qu'a eu le recourant. Le traumatisme que ce dernier avait subi le 23 juin 1998, pour lequel il avait été opéré en 2000, n'avait pas entraîné d'invalidité ; le recourant avait pu reprendre son activité professionnelle à 100%.

Depuis le 11 novembre 2011, la LAI a subi les modifications de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4<sup>ème</sup> révision] et 6 octobre 2006 [5<sup>ème</sup> révision] sont entrées en vigueur respectivement les 1<sup>er</sup> janvier 2004 et 1<sup>er</sup> janvier 2008). Le droit éventuel aux prestations doit donc être examiné en l'espèce au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 11 novembre 2011 au 31 décembre 2011, et au regard du nouveau droit pour la période ayant débuté le 1<sup>er</sup> janvier 2012, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité, pas plus d'ailleurs que celles des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> révisions de la LAI (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). Aussi n'y a-t-il pas de différenciation à faire en l'espèce dans la détermination de l'invalidité du recourant pour les périodes respectives de novembre à décembre 2011 et de janvier 2012 à avril 2014 (mois au cours duquel la décision attaquée a été rendue).

Par ailleurs, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications qu'a

apportées la LPGA constituent, 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).

3. a) 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). 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 la santé physique ou mentale 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). Les deux approches sont combinées pour juger de l'invalidité d'une personne dont l'atteinte à la santé impacte à la fois sa capacité de gain et sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, d'une façon relevante parce que même à défaut d'une telle atteinte ladite personne n'exercerait une activité lucrative qu'à temps partiel.

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est en tout état 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

b) L'invalidité n'en comprend pas moins un aspect médical, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, psychique ou mentale. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, 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).

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

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle

---

expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

4. a) En l'espèce, à l'initiative du SMR ayant pris en compte les avis du médecin traitant du recourant, l'OAI a fait expertiser ce dernier par un spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Dans son rapport d'expertise du 16 décembre 2013, cet expert a posé un diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche comme ayant une répercussion sur la capacité de travail, et celui de status post-plastie acromio-claviculaire gauche sans répercussion sur la capacité de travail, et il a estimé que la capacité de travail du recourant était de 100% à partir du 1<sup>er</sup> mars 2012 dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles consistant à ne devoir ni porter des charges de plus de cinq kilos ni soulever le membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale.

De son côté, le médecin traitant du recourant, dans un rapport du 23 mai 2014, a émis l'avis que l'incapacité de travail du recourant était totale, qu'une expertise pourrait être utile pour faire une évaluation globale du recourant, et que les limitations fonctionnelles de ce dernier justifiaient un abattement d'au moins 50% sur son revenu avec invalidité.

b) À la vérité, ledit médecin traitant n'avance pas d'élément médical pertinent qui puisse justifier un complément d'instruction, mais fait part de la perplexité que lui suggère le cas du recourant. Déjà dans les certificats médicaux qu'il avait établis les 5 juin 2012 et 5 novembre 2012, il indiquait, au demeurant en faisant état d'une incapacité de travail de 50% (et non de 100%), respectivement que les bilans complémentaires ne donnaient aucune pathologie clairement définie à l'origine des plaintes douloureuses chroniques du recourant, et que l'état du recourant était stabilisé, sans perspective de sensibles progrès. Selon son rapport du 23 mai 2014, le bilan radiologique complémentaire effectué (à savoir une arthro-IRM et un ENMG) ne montrait aucune atteinte anatomique pouvant expliquer la persistance des douleurs, et les tests d'infiltration qu'il avait effectués s'étaient révélés négatifs ; il était difficile de traiter ledit patient présentant « une forme d'épaule gelée frustrée non-évolutive, avec des douleurs chroniques pour lesquelles tous les moyens diagnostics utilisés ne permettent pas de progresser, ni dans la

compréhension de l'origine des lésions, ni dans l'efficacité de la thérapeutique », et le pronostic de ce patient était défavorable. Ledit médecin estimait le recourant totalement incapable de travailler, d'ailleurs sans indiquer ce qui l'amène à retenir que sa capacité de travail a passé de 50% à 0%.

En l'absence d'élément médical un tant soit peu étayé, il n'y a pas lieu de retenir qu'un volet somatique ou psychiatrique aurait passé inaperçu tant au médecin traitant du recourant qu'au spécialiste l'ayant expertisé (et aux médecins du SMR), au point qu'il faudrait ordonner des investigations complémentaires. De tels éléments seraient d'ailleurs postérieurs à la décision attaquée, et donc en principe soustrait à la connaissance de la chambre de céans, mais pourraient le cas échéant être investigués dans le cadre d'une demande de révision (art. 53 al. 1 LPGA).

c) S'il y a divergence entre l'expert et le médecin traitant sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant, il n'apparaît en revanche pas de divergence marquée sur le diagnostic.

Quoi qu'il en soit, il appert que l'expertise qu'a effectuée le Dr K\_\_\_\_\_, sur les conclusions de laquelle, partagées par les médecins du SMR, l'OAI s'est fondée pour rendre la décision litigieuse, est en tout point conforme aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante de rapports médicaux et en particulier d'expertises. Elle se fonde en effet sur un examen clinique du recourant, sur l'étude de son dossier médical et sur des documents d'imagerie médicale. Elle tient compte des plaintes du recourant et contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées. L'appréciation du Dr K\_\_\_\_\_ permet de comprendre la nature et les causes des limitations fonctionnelles du recourant. Elle émane au surplus d'un spécialiste indépendant de l'office intimé ; rien dans son approche du cas du recourant, son rapport et ses conclusions ne soulève un soupçon de partialité.

La chambre de céans n'a donc aucune raison de s'écarter des conclusions de son expertise. Elle retient donc que, du point de vue médical, la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle avait certes été de 0% du 11 novembre 2011 au 31 janvier 2012, puis de 50% du 1<sup>er</sup> février 2012 au 17 octobre 2013, puis de 100% dès le 18 octobre 2013, mais que sa capacité de travail était de 100% à partir du 1<sup>er</sup> mars 2012 dans une activité adaptée s'il ne devait ni porter plus de cinq kilos, ni devoir soulever le membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale.

5. a) Dès lors que - toutes conditions dont la réalisation n'est contestée ni par l'OAI ni par le recourant - la capacité de gain de ce dernier ne peut pas être rétablie ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (art. 28 al. 1 let. a LAI), que l'atteinte à la santé subie par le recourant a provoqué une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA (à savoir une perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui), et ce d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), et qu'au surplus au terme de cette année il subsiste une atteinte à la santé ayant un

---

effet sur la capacité de gain, ne serait-ce que sous la forme de limitations fonctionnelles dans une activité adaptée, il faut examiner s'il en résulte une invalidité, au sens de l'art. 8 LPGA (consid. 3.a), de 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI). Ce taux-ci est le taux minimal devant être atteint pour qu'une rente d'invalidité soit allouée, à savoir un quart de rente jusqu'à un taux d'invalidité de 49%, une demi-rente pour un taux d'invalidité de 50% à 59%, un trois quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60% à 69%, et une rente entière dès un taux d'invalidité de 70% (art. 28 al. 2 LAI).

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). L'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue.

En l'espèce, le recourant doit se voir reconnaître le statut d'un salarié à plein temps. Aussi faut-il appliquer la méthode générale de comparaison des revenus.

6. a) La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans invalidité et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS éditées 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).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires, réalisée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

b) 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).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du

---

travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

7. a) En l'espèce, sur la question des revenus sans et avec invalidité, le recourant ne conteste guère que le taux d'abattement de 10% appliqué par l'office intimé au revenu d'invalidité qu'il a retenu, estimant que ce taux devait être au moins de 50%.

Or, la déduction maximale admise par la jurisprudence est de 25%. La prétention du recourant à l'obtention d'un abattement de 50% procède sans doute d'une méconnaissance de la jurisprudence, sinon - comme le suppose l'office intimé - d'une confusion avec la capacité de travail, ou alors d'une espérance irréaliste d'obtenir par le biais d'un abattement substantiellement ce à quoi il n'aurait pas droit sous l'angle de la capacité de travail devant lui être reconnue.

Il n'y a pas dans le dossier d'élément – et le recourant lui-même n'en avance pas – qui justifierait de s'écarter du taux de 10% retenu par l'office intimé. Les limitations fonctionnelles du recourant ne sont pas telles que le recourant, âgé par ailleurs de 42 ans seulement, établi en Suisse depuis bientôt une vingtaine d'années et au bénéficiaire d'un permis d'établissement, ne pourrait pas mettre en œuvre sa capacité de travail dans une mesure affectant davantage sa capacité de gain.

b) La chambre de céans retient donc ce taux d'abattement de 10%, de même d'ailleurs qu'un revenu hypothétique sans invalidité de CHF 57'061.- (soit le revenu actualisé pour 2012 du revenu de CHF 53'384.- réalisé par l'assuré en 2007) et un revenu avec invalidité sans abattement de CHF 62'217.- (correspondant au revenu d'un homme travaillant à 100% dans une activité de niveau 4, consistant en des activités simples et répétitives, d'après l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires 2012, tableau TA1, réalisée par l'Office fédéral de la statistique, applicable à titre d'activité adaptée susceptible d'être exercée par l'assuré), donc, avec un abattement de 10%, un revenu avec invalidité de CHF 55'995.-.

Il s'ensuit que la perte de gain du recourant est de CHF 1'066.- par année (soit CHF 57'061.- - CHF 55'995.-). Elle représente le 1,868% du revenu hypothétique sans invalidité ( $[1'066.-/57'061.-]/100$ ). C'est le lieu de relever que, pour déterminer le degré d'invalidité selon la méthode de comparaison des revenus, c'est la perte de gain (et non le revenu avec invalidité après abattement) qui doit être mise en rapport avec le revenu hypothétique sans invalidité, contrairement à ce que le recourant retient dans son recours. Le résultat exact du calcul doit ensuite être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en

mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3, modifiant la jurisprudence publiée aux ATF 127 V 129, consid. 3). Le taux d'invalidité du recourant est donc de 2%.

Un tel taux n'ouvre pas de droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI), ni d'ailleurs non plus – sied-il de préciser dès lors que la décision attaquée refuse aussi des mesures de reclassement, et bien que le recourant n'émette pas de contestation ni de prétention à ce sujet - le droit au reclassement dans une nouvelle profession (art. 17 LAI), qui suppose une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

c) Pour information, il sied d'indiquer au recourant qu'avec un taux d'abattement maximal de 25% sur le revenu d'invalidé, on obtiendrait un revenu d'invalidé après abattement de CHF 46'662.75 (CHF 62'217.- - 25%), donc une perte de gain de CHF 10'398.25 (soit CHF 57'061.- - CHF 46'662.75), représentant un degré d'invalidité de 18,223%, à arrondir à 18%. Il serait donc loin d'atteindre le degré minimal de 40% d'invalidité requis pour avoir droit à un quart de rente.

8. a) Le recours est entièrement mal fondé. Il sera rejeté.

b) En dérogation à la règle générale voulant que la procédure devant la chambre de céans soit gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA), l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit que la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances [soit, dans le canton de Genève, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ)] soit soumise à des frais de justice, le montant des frais susceptible d'être mis à la charge des parties dans une telle procédure devant se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (cf. aussi art. 89H al. 4 LPA).

En l'espèce, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant.

Vu l'issue donnée au recours, il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure (art. 89H al. 3 LPA).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare recevable le recours de Monsieur A\_\_\_\_\_ contre la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 30 avril 2014.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de Monsieur A\_\_\_\_\_.
4. Il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
5. 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

Le président

Marie NIERMARECHAL

Raphaël MARTIN

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