



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1756/2019

ATAS/426/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 20 mai 2020**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-LANCY, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1984, originaire de Bosnie Herzégovine, ayant fréquenté là-bas une école d'agriculture professionnelle, arrivé en Suisse en septembre 2009, a déposé en novembre 2015 une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI). Ce dernier l'a rejetée par décision du 1er septembre 2016, faute de perte de gain, l'assuré restant apte à exercer à plein temps toute activité respectant les limitations fonctionnelles.

L'instruction avait permis d'établir que l'assuré, connu depuis sa naissance pour une hémophilie A sévère, pouvait, selon son médecin traitant, la doctoresse B\_\_\_\_\_, médecin-adjointe agréée au service d'angiologie et d'hémostase des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), exercer à plein temps une activité adaptée, décrite comme devant permettre d'éviter la position debout prolongée, la position accroupie, les montées et descentes répétées d'échelles ou d'escaliers, le port de charges lourdes, le risque de blessures (c'est-à-dire les chocs, chutes et autres traumatismes, mineurs comme majeurs) et, donc, la manipulation d'outils coupants ou vibrants. L'assuré avait émis le souhait de devenir chauffeur de tram, activité professionnelle qualifiée de tout à fait adaptée par son médecin.

2. Début 2017, une imagerie par résonance magnétique (IRM) dorsolombaire a conduit au diagnostic de sclérose en plaques, ce qui a péjoré la santé psychique de l'assuré, lequel a alors, en mai, déposé une nouvelle demande de prestations.
3. La Dre B\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de sclérose en plaques, dont elle a expliqué qu'il avait aggravé l'état de son patient et affecté sa capacité de travail : même si les symptômes neurologiques étaient en diminution, l'assuré souffrait d'une fatigabilité très importante.
4. Dans un document rédigé le 9 juin 2017, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué que l'assuré lui avait été adressé par le service de neurologie des HUG, suite à la communication de son diagnostic de sclérose en plaques, dont l'impact avait été catastrophique pour l'intéressé (abaissement de l'humeur important, idées de découragement, de dévalorisation, sentiment de culpabilité, idées noires et pensées pessimistes en lien avec son avenir et celui de sa famille). La psychiatre a émis l'avis que l'activité exercée par l'assuré (travaillant sur appel chez D\_\_\_\_\_ pour réparer les véhicules) n'était pas adaptée à son état, plus particulièrement à son hémophilie, dans la mesure où elle impliquait des efforts physiques importants. Si l'assuré l'avait acceptée, c'est parce qu'il avait le projet d'évoluer pour devenir chauffeur de tram, travail moins lourd et plus conforme à son état. La psychiatre notait, au niveau social, un fonctionnement réduit, le nouveau diagnostic ayant provoqué un isolement global et un repli. Elle

concluait à un épisode dépressif sévère traité depuis le 26 mai 2017, avec une légère amélioration du sommeil.

5. Le dossier de l'assuré a été soumis au Service médical régional (SMR) qui, en avril 2018, a estimé que l'état de santé ne pouvait être considéré comme stabilisé : l'état psychique réactionnel au diagnostic s'améliorerait vraisemblablement avec le traitement, tout comme les symptômes liés à la sclérose en plaques.
6. Dans un rapport du 28 mai 2018, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué que, suite à la prescription d'un antidépresseur, en mai 2017, et grâce à une psychothérapie de type cognitivo-comportementale, une discrète amélioration de certains aspects dépressifs s'était produite, même si l'assuré restait assez fragile et instable par rapport aux facteurs de stress extérieur, avec une tendance anxieuse et pessimiste concernant son avenir. Le diagnostic était celui d'épisode dépressif sévère depuis mai 2017. La capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle, de 60% dans une activité adaptée, c'est-à-dire évitant les efforts physiques et le stress. Le pronostic était très favorable, l'assurant aimant travailler et se montrant très motivé, pour autant que les conditions de travail soient adaptées à ses pathologies.
7. Dans un rapport du 19 avril 2018, la doctoresse E\_\_\_\_\_, du Service de neurologie des HUG, a conclu à une capacité de travail de cinq heures par jour dans une activité adaptée à l'état de santé de son patient, sans autre précision.
8. Le 5 juin 2018, la Dresse B\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle, mais de 80 à 100% dans une activité adaptée. L'état dépressif a été mentionné par le médecin à titre de diagnostic sans incidence sur la capacité de travail, étant précisé que l'assuré était suivi depuis environ deux ans et qu'il y avait eu une amélioration sous antidépresseurs.

Concrètement, la profession exercée par le patient n'était pas adaptée à son état, mais l'intéressé n'avait pas d'autre option professionnelle. Théoriquement, sa capacité de travail dans ce type d'activité (préparateur de véhicules) était de 0%. En effet, elle l'amenait à faire des efforts physiques, à porter des charges relativement lourdes, à utiliser de manière répétitive ses membres supérieurs, à se baisser, à marcher beaucoup et à conserver une position debout prolongée. Un taux de 40-50% pouvait être envisagé en tant que chauffeur sans port de charges (au lieu de préparateur de véhicules).

9. Le dossier a une nouvelle fois été soumis au SMR qui, le 29 octobre 2018, a relevé que, dans son rapport du 28 mai 2018, la psychiatre ne décrivait aucune limitation fonctionnelle psychiatrique, au contraire, puisque l'assuré était décrit comme bien intégré, souhaitant poursuivre une formation et évoluer au niveau professionnel. Qui plus est, la Dresse B\_\_\_\_\_, en juin 2018, avait précisé que l'état dépressif n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail.

Dès lors, le SMR a conclu à une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle en raison de l'hémophilie et de la sclérose en plaques, mais de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le début de l'aptitude à la

---

réadaptation a été fixé à avril 2017, date d'un courrier du Professeur F\_\_\_\_\_, neurologue, mentionnant une reprise possible à 80%.

Les limitations retenues étaient les suivantes : éviter les activités comportant des risques de blessures, le port de charges, les efforts physiques, la manutention, la station debout et la marche prolongées, ainsi que les positions agenouillées ou accroupies, privilégier une activité légère de type sédentaire, n'impliquant ni montée d'échelle, ni utilisation d'outils coupants ou vibrants.

10. Le degré d'invalidité a été calculé par la division de réadaptation de l'OAI, qui a comparé le revenu qu'aurait réalisé l'assuré sans invalidité, soit CHF 68'188.- (l'assuré ayant réalisé en 2017, en travaillant à 50%, un revenu de CHF 34'094.- selon l'extrait de ses comptes individuels AVS), à celui qu'il aurait pu obtenir la même année sans atteinte à sa santé, en exerçant une activité simple, soit CHF 57'036.- (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] TA1\_skill\_level\_2016 = 5'340.- CHF/mois pour 40 h./sem. = 5'567.- CHF/mois pour 41,7 h./sem. = 66'803.- CHF/an en 2016 = 67'102.- CHF/an en 2017 = CHF 57'036.- après déduction supplémentaire de 15%, seule une activité légère étant possible).
11. Par décision du 27 mars 2019, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation, que ce soit sous la forme de rente d'invalidité ou de reclassement professionnel, faute d'invalidité suffisante.

L'OAI a reconnu à l'assuré une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle depuis janvier 2017, mais considéré qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail à compter du 1er avril 2017 dans une activité adaptée à son état de santé.

Comparant le revenu avant invalidité, soit CHF 68'188.-, à celui que l'assuré aurait pu obtenir malgré l'atteinte à sa santé dans une activité adaptée, soit CHF 57'036.-, l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 16%, soit un taux insuffisant pour ouvrir droit à un reclassement professionnel ou à une rente.

12. Par écriture du 8 mai 2019, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière ou partielle, en fonction de sa capacité de gain effective, dès janvier 2017, ainsi qu'à la mise sur pied de mesures d'ordre professionnel, notamment d'un reclassement dans une autre profession.

L'assuré explique qu'il souffre depuis toujours d'hémophilie A sévère, que, faute de traitement adapté lorsqu'il était jeune, la maladie a provoqué des séquelles importantes sous formes d'hémarthroses (hémorragies dans les articulations) et que cela se manifeste notamment par des douleurs ostéo-articulaires aux chevilles, genoux et coudes.

S'agissant de son parcours professionnel, il indique avoir travaillé en tant que chauffeur et préparateur de véhicules chez D\_\_\_\_\_, activité dont il admet qu'elle

n'est pas adaptée à son état de santé. En revanche, en tant que chauffeur, il pourrait travailler à 40-50% et, dans une activité totalement adaptée, entre 80 et 100%.

Le recourant souligne avoir toujours eu la volonté et la motivation de trouver un travail adapté, sans pouvoir y parvenir, raison pour laquelle il continue à travailler pour D\_\_\_\_\_, en tant que chauffeur sur appel et, parfois, préparateur de véhicules. En 2017 et 2018, il a ainsi obtenu un salaire net de CHF 31'559.-, respectivement de CHF 36'648.-. Dès lors, c'est un montant de CHF 34'103.50 (moyenne des deux précédents), qui aurait dû être retenu à titre de revenu après invalidité en lieu et place des CHF 57'036.- appliqués, ce qui conduit à une perte de gain de 49%.

À l'appui de son recours, l'assuré produit, notamment, un certificat établi le 20 avril 2017 par la Dresse B\_\_\_\_\_ précisant, s'agissant de l'hémophilie A sévère, qu'avec le traitement en place, le risque hémorragique n'était pas très important et que l'assuré pouvait travailler à 100% dans un poste de travail adapté, c'est-à-dire s'exerçant en position assise, permettant d'éviter les positions accroupie ou debout prolongées, la marche sur terrain très irrégulier, le port de charges lourdes et le travail en hauteur. Concernant la sclérose en plaques diagnostiquée en 2017, un traitement avait été prescrit, qui contrôlait bien les symptômes, bien qu'il soit difficile de prédire l'évolution de la maladie.

13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 27 mai 2019, a conclu au rejet du recours.

Il relève d'abord que le recourant ne semble pas contester pouvoir exercer à plein temps une activité adaptée.

S'agissant du degré d'invalidité, l'OAI se réfère à son calcul du 23 janvier 2019 figurant au dossier.

S'agissant du revenu d'invalidité, il argue qu'on ne saurait se fonder sur les revenus effectifs du recourant, dès lors que celui-ci continue à exercer une activité lucrative qui n'est pas raisonnablement exigible.

14. Dans sa réplique du 19 août 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il argue en substance que le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de sa situation professionnelle concrète : puisqu'il exerce une activité, il faut admettre que le gain effectivement réalisé équivaut à une prestation de travail correspondante.

Selon lui, seule une petite partie de cette activité, soit environ 30%, est inadaptée, ce qui ne justifie pas que l'on s'en écarte pour autant.

---

**EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans 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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

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). En ce qui concerne en revanche la procédure, et 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).

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).
5. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré, dont il n'est pas contesté qu'il s'est aggravé depuis la décision initiale de septembre 2016, influence le degré d'invalidité au point d'ouvrir droit à des prestations, cas échéant, auxquelles.
6. a. L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés

sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce.

c. Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impuissance rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu.

Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impuissance ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impuissance donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

7. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au

sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

8. Est réputée incapacité de travail toute 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, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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 l'atteinte n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

9. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités

---

raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

10. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

11. Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) 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<sup>bis</sup> LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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).

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).

Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1<sup>er</sup> 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).

12. 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. 1er). 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).

13. 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 LPG), 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 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

14. En l'occurrence, les diagnostics et atteintes à la santé étant clairement identifiés et non contestés, se pose en premier lieu la question de la capacité de travail à reconnaître à l'assuré.

L'intimé, se fondant sur l'avis du SMR du 29 octobre 2018, a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. L'assuré ne le conteste pas explicitement mais se réfère à la fourchette évoquée par la Dresse B\_\_\_\_\_, à savoir une capacité comprise entre 80 et 100%.

La Cour de céans constate que le SMR, dans son avis d'octobre 2018, se réfère expressément à l'avis émis par le Prof. F\_\_\_\_\_, lequel évoquait pourtant une capacité de 80% - et non de 100% - dans une activité adaptée. Cette évaluation est corroborée tant par les conclusions émises le 19 avril 2018 par la Dresse E\_\_\_\_\_ - qui évoque une capacité de travail d'environ 5 h./jour, ce qui correspond approximativement à un taux de 75% -, que celles de la Dresse B\_\_\_\_\_, le 5 juin 2018, qui évoque une fourchette comprise entre 80 et 100% dans une activité adaptée.

C'est donc une capacité de travail de 80% qui aurait dû être retenue par l'intimé, le SMR n'expliquant pas les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'avis des neurologues.

Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité en intégrant cette donnée.

Le recourant conteste le revenu d'invalidé retenu, arguant que c'est celui que lui procure son activité actuelle qui aurait dû servir de base de calcul. Sur ce point, il ne saurait être suivi, puisque sa profession actuelle n'est pas pleinement adaptée à son état de santé, ce qu'ont confirmé tous les spécialistes et ce qu'il reconnaît d'ailleurs lui-même.

Certes, pour déterminer le revenu que l'assuré pourrait raisonnablement obtenir sans son invalidité, il faut tenir compte tout d'abord de la situation professionnelle concrète de celui-ci. Le gain effectivement réalisé est donc considéré en principe comme revenu déterminant. Cependant, si l'assuré n'exerce pas l'activité que l'on pourrait raisonnablement exiger de lui, il y a lieu, selon la jurisprudence, de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 76 s. consid. 3b/aa et bb; VSI 2002 p. 68 consid. 3b; VSI 2000 consid. 3b/bb p. 318; VSI 2000 consid. 2a p. 84; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1991 p. 332/333 consid. 3c; RCC 1989 p. 332 consid. 3b).

Est alors déterminante la valeur centrale (médiane) de la statistique des salaires bruts standardisés (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; VSI 1999 p. 182). Il y a lieu de tenir compte de l'ensemble des secteurs de la production et des services et de ne pas se limiter aux données statistiques d'un seul secteur économique (ATF 126 V 81 consid. 7a). Il ne faut pas non plus se cantonner au revenu obtenu sur le marché public alors que le marché privé est aussi vraisemblable. Il faut donc envisager tout le marché du travail qui s'offre pour établir une moyenne de salaire (VSI 1998 p. 182 consid. 4a). Enfin, il convient, en raison des inégalités salariales entre les sexes, de se référer aux moyennes déterminantes pour le sexe auquel appartient l'assuré et non de se baser sur une valeur moyenne des salaires des femmes et des hommes (VSI 2000 p. 82).

Le principe sous-jacent est l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut dès lors pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

C'est d'ailleurs ce qui ressort de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) concernant l'évaluation du revenu d'invalidé et les conditions permettant d'y assimiler le revenu effectif (ch. 3053ss), qui précise que le revenu effectif est réputé revenu d'invalidé déterminant lorsque, de manière cumulative :

1. l'assuré exerce une activité dans laquelle on peut admettre que sa capacité de travail résiduelle est pleinement utilisée, au sens où s'entend la notion d'activité lucrative raisonnablement exigible ; et que

2. le revenu réalisé correspond au travail fourni ; et que

3.1 soit on peut s'attendre à ce qu'un tel revenu puisse aussi être obtenu ailleurs, de façon durable dans une situation équilibrée du marché du travail, et ce dans une mesure raisonnablement exigible,

3.2 soit on est en présence de conditions de travail particulièrement stables, excluant pour ainsi dire un changement d'emploi ou le laissant apparaître comme très improbable, même sans invalidité (on est en présence de conditions de travail particulièrement stables lorsque l'on peut admettre que l'assuré exercera vraisemblablement son activité aussi longtemps que son handicap le lui permettra, et cela, indépendamment de la situation du marché du travail).

Si ces conditions ne sont pas remplies, le revenu d'invalidité doit être évalué en règle générale selon le salaire statistique de l'ESS.

En l'occurrence, c'est donc à juste titre que l'intimé s'est référé à l'ESS pour déterminer le revenu d'invalidité. Il convient cependant de reprendre les calculs en réduisant le taux d'activité exigible à 80%, comme indiqué supra.

Dès lors, il convient de comparer le revenu qu'aurait réalisé l'assuré sans invalidité, soit CHF 68'188.- (l'assuré ayant obtenu en 2017, en travaillant à 50%, un revenu de CHF 34'094.- selon l'extrait de ses comptes individuels AVS), à celui qu'il aurait pu obtenir la même année sans atteinte à sa santé, en exerçant une activité simple à 80%, soit CHF 45'629.35 (ESS TA1\_skill\_level\_2016 = 5'340.- CHF/mois pour 40 h./sem. = 5'567.- CHF/mois pour 41,7 h./sem. = 66'803.- CHF/an en 2016 = 67'102.- CHF/an en 2017 = CHF 53'681.60/an en 2017 à 80% = CHF 45'629.35 après déduction supplémentaire de 15%, seule une activité légère étant possible), ce qui conduit à un degré d'invalidité de 28.16% qui, s'il est insuffisant pour ouvrir droit à une rente, ouvre en revanche droit à un reclassement.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis en ce sens que le droit à une mesure de reclassement est reconnu à l'assuré, qui obtient ainsi partiellement gain de cause.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 27 mars 2019 en tant qu'elle nie à l'assuré le droit à une mesure d'ordre professionnelle.
4. La confirme pour le surplus.
5. Dit que l'assuré a droit à une mesure de reclassement professionnel.
6. Renvoie la cause à l'intimé pour mise en œuvre de ladite mesure.
7. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
8. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
9. 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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