

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1784/2012

ATAS/283/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 mars 2013

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître PAGAN Jacques

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A _____, né en 1960, exerçant la profession de cuisinier, a été opéré d'urgence en raison d'une rupture de l'aorte en février 2010. Il a déposé une demande visant à la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) le 18 septembre 2010.
2. Une lettre de sortie a été établie par les médecins du service de chirurgie cardiovasculaire des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG) le 23 mars 2010, aux termes de laquelle l'évolution postopératoire était favorable. Le Docteur L _____, cardiologue, l'a confirmé le 19 août 2010. Il a pu reprendre à 50% l'exercice de son activité habituelle allégée dès le 1^{er} juin 2010. Il a toutefois été licencié pour le 11 août 2011, son employeur ayant besoin d'un cuisinier à plein temps.
3. Le Dr M _____, cardiologue à l'Hôpital de La Tour, mandaté par l'OAI, a établi un rapport le 27 décembre 2011. Il indique qu' "un scanner thoraco-abdominal de contrôle en date du 10 novembre 2011 montre un status de l'aorte thoracique et abdominale inchangé par rapport aux derniers contrôles il y a une année, notamment absence de développement anévrismale aortique ou de faux anévrisme. Les deux lumières sont perméables et il n'y a pas de signe de mal perfusion d'organes. Cet examen vient appuyer le constat d'une excellente récupération clinique suite à sa cure de dissection aortique de type A. L'examen clinique ainsi que l'examen complémentaire réalisé chez *l'assuré* ne révèlent pas de pathologie entraînant une limitation physique ou intellectuelle justifiant d'une incapacité de l'activité professionnelle. L'appréciation du cas de *l'assuré* montre un patient en bon état général sans limitation physique ou intellectuelle ayant récupéré de façon tout à fait favorable à une cure chirurgicale de dissection aortique de type A en février 2010. Le pronostic vital, physique et intellectuel de *l'assuré* est donc tout à fait favorable pour une réintégration professionnelle. En ce qui concerne l'influence de sa maladie sur la capacité de travail, la seule précaution à avoir est une limitation du port de charge dépassant les dix kilos, en dehors de cela, il n'y a pas de limitation physique, mentale ou psychique. L'examen clinique montre qu'il y a une capacité de travail excellente et qu'il pourrait reprendre son activité professionnelle antérieure de façon progressive étant donné la longue absence. Il n'y a pas de diminution du rendement sur le plan physique, mais par contre sa motivation pour retravailler semble très basse et cette dernière pourrait justifier une reprise progressive de son activité professionnelle. Concernant les mesures de réadaptation professionnelle, en dehors de la limitation de port de charge dépassant les dix kilos, il n'y a aucune limitation physique. Il faudrait éventuellement lui apporter un soutien psychologique pour essayer de redonner une meilleure

motivation au travail. Bien entendu, son état clinique et mental n'excluent pas une reconversion professionnelle comme j'ai expliqué à l'assuré".

4. Dans sa note du 15 mars 2012, le médecin du SMR conclut dès lors à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle pour autant qu'elle n'exige pas un port de charge de plus de dix kilos, ce au plus tard au 11 août 2010, se basant à cet égard sur le fait que, le 12 juillet 2010, le Dr L_____ a confirmé l'évolution favorable constatée en juin, date à laquelle il anticipait une reprise à 100%.
5. L'OAI a transmis le 20 mars 2012 à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel sa capacité de travail étant de 100% dans toute activité depuis toujours (hormis une incapacité inférieure à une année de février à août 2010), sans baisse de rendement, sa demande était rejetée. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles ne seraient ni simples, ni adéquates, et ne respecteraient pas le principe d'équivalence.
6. Par décision du 11 mai 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision.
7. L'assuré, par l'intermédiaire de Me Jacques PAGAN, a interjeté recours le 11 juin 2012 contre ladite décision. Il considère que la décision litigieuse ne contient aucune motivation, ni en fait, ni en droit. Elle ne respecte pas la réalité des faits et ne dit mot sur sa rupture aortique.
8. Dans sa réponse du 30 juillet 2012, l'OAI, se fondant notamment sur le rapport d'expertise du 27 décembre 2011 du Dr M_____, considère qu'il n'existe aucune incapacité de travail durable, ni atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI. Il conclut dès lors au rejet du recours.
9. Le 17 septembre 2012, après avoir pris connaissance du dossier, le mandataire de l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il demande à ce que son cas fasse l'objet d'une appréciation précise, complète et objective, puis d'une décision en toute connaissance de cause sur les mesures de réadaptation professionnelle sollicitées. Il produit notamment un rapport du Dr N_____ du 17 janvier 2012.
10. Le 19 novembre 2012, l'OAI, après examen de ce rapport, a admis que la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle de cuisinier, ceci depuis le 8 février 2010, mais entière dans une activité adaptée, soit une activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire, n'impliquant ni port de charge, ni stress, depuis août 2010. Il a procédé à la détermination du degré d'invalidité, comparant un revenu annuel brut sans invalidité de 56'355 fr., et un revenu annuel brut raisonnablement exigible avec invalidité de 51'990 fr., compte tenu d'un abattement supplémentaire de 15%, et ainsi obtenu un degré d'invalidité de 7,7%. Il a dès lors constaté que les conditions à l'octroi de mesures d'ordre professionnel n'étaient pas réunies. Seule une mesure d'aide au placement au sens de l'art. 18 LAI pouvait être envisagée sur demande écrite et motivée.

11. Invité à se déterminer, le mandataire de l'assuré a pris acte des écritures de l'OAI et "demande à être précisément orienté sur son sens exact, la méthode de calcul retenue pour la détermination du taux d'invalidité, l'«activité adaptée» vers laquelle il devrait porter ses efforts de recherche, la mesure d'aide au placement dont il pourrait bénéficier pour y parvenir, ainsi que les démarches qu'il lui appartiendrait d'effectuer à cette fin à teneur de l'art. 18 LAI". Il sollicite pour ce faire une comparution personnelle des parties.
12. La Cour de céans a ordonné la comparution personnelle des parties le 5 mars 2013.
13. Lors de cette audience, les dispositions légales et réglementaires applicables, ainsi que la jurisprudence y relative, ont été expliqués à l'assuré. Celui-ci a cependant maintenu son recours. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté en temps utile, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).
3. Le litige se limite à la question de savoir si c'est à bon droit que l'OAI a refusé de mettre l'assuré au bénéfice de mesures de réadaptation professionnelle.
4. Selon l'art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec les art. 7 et 16 LPGA, la réadaptation a la priorité sur la rente dont l'octroi n'entre en ligne de compte que si une réadaptation suffisante est impossible. Saisie d'une demande de rente ou appelée à se prononcer à l'occasion d'une révision de celle-ci, l'administration doit donc examiner d'office, avant toute chose, la question de la réintégration de l'assuré dans le circuit économique (ATF 108 V 210, 99 V 48). A cet égard, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (art. 8 al. 1 LAI). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) (art. 8 al. 3 let. b LAI).

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (arrêt I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111). 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). Si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient jouer un rôle déterminant (arrêt I 397/87 du 15 janvier 1988, consid. 1 et la référence, publié in RCC 1988 p. 265). 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 (ATFA non publié I 660/02 du 2 décembre 2002). En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (VSI 2002 p. 111).

A teneur de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme 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 leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre 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 (ATF 124 V 108, consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c).

Le fait que l'assuré ne peut plus exercer sa profession antérieure ne suffit pas, à lui seul, pour fonder un droit à un reclassement. Car l'assuré n'a pas droit à des mesures de réadaptation s'il ne subit pas une perte de gain permanente ou de longue durée (20 % au moins) dans une activité raisonnablement exigible et pouvant être exercée sans autres mesures de réadaptation (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références;

MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 2010, p. 191 ss).

Le pourcentage est calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (VSI 2000, p. 63, RCC 1984, p. 95).

5. Il y a dès lors lieu de déterminer le degré d'invalidité que présente l'assuré.
6. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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).
7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

8. Conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.3). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés et applique le droit d'office. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
9. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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).

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. En effet, il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

10. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).
11. En l'espèce, l'OAI a considéré que l'assuré était entièrement incapable de travailler dans son activité antérieure de cuisinier, qu'il pouvait en revanche travailler à plein temps dans une activité adaptée à son état de santé, à savoir une activité sans port de charges de plus de dix kilos et sans stress. Il appert en effet des rapports médicaux figurant dans le dossier que l'évolution post-opératoire est favorable et qu'une reprise du travail est envisageable à 100%, pour autant qu'il s'agisse d'un travail léger. L'assuré ne le conteste du reste en réalité pas. A noter que le soutien psychologique suggéré par le Dr M_____ et dont fait état l'assuré n'avait pour but que de lui "redonner une meilleure motivation au travail".

12. Reste à déterminer le degré d'invalidité.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).

b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. Le revenu déterminant correspond au revenu présumé issu d'une activité lucrative, sur lequel les cotisations de l'assurance-vieillesse seraient prélevées (art. 25 al. 1 RAI; arrêt 9C_699/2008 du 26 janvier 2009).

Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; 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 (cf. consid. 5.2.2 de l'arrêt T. précité du 17 octobre 2003 et les références).

c) Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu

effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). En règle générale, il convient de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne total du tableau relatif au «secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Cette solution est en particulier justifiée lorsque la personne assurée ne pourra plus exercer son activité habituelle et qu'elle est tenue de trouver un emploi dans un nouveau domaine d'activité, l'intégralité du marché du travail étant ainsi à sa disposition (arrêt 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 et 5.2, non publiés aux ATF 133 V 545, et les références citées).

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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Dans ce contexte, il a été jugé que la réduction des salaires issus des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, 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 a, dans le cas concret, adopté 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 des assurances sociales 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 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références).

13. En l'espèce, la comparaison des revenus avant et après l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI, qui a au surplus tenu compte d'un abattement supplémentaire de 15%, n'est pas critiquable. Le calcul ne peut qu'être confirmé.

Le recourant présente ainsi un degré d'invalidité de 7,7%, taux insuffisant pour ouvrir le droit des mesures de réadaptation professionnelle.

L'OAI a toutefois envisagé la possibilité d'une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI. L'assuré est dès lors invité à déposer une demande écrite et motivée en ce sens auprès de l'OAI.

14. Compte tenu des considérations qui précèdent, le recours est manifestement mal fondé et doit être rejeté.

15. En matière de procédure, l'art. 61 let. a. LPGA prévoit qu'elle doit être simple, rapide, en règle générale publique, ainsi que gratuite pour les parties, des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté.

D'après la jurisprudence, agit par témérité ou légèreté la partie qui sait ou devrait savoir en faisant preuve de l'attention normalement exigible que les faits invoqués à l'appui de ses conclusions ne sont pas conformes à la vérité. La témérité doit en outre être admise lorsqu'une partie viole une obligation qui lui incombe ou lorsqu'elle soutient jusque devant l'autorité de recours un point de vue manifestement contraire à la loi (ATF 124 V 285, consid. 3b). En revanche, une partie n'agit pas par témérité ou par légèreté lorsqu'elle requiert du juge qu'il se prononce sur un point de vue déterminé qui n'apparaît pas d'emblée insoutenable. Il en va de même lorsque, en cours d'instance, le juge attire l'attention d'une partie sur le fait que son point de vue est mal fondé et l'invite à prendre les dispositions qui s'imposent, à savoir retirer le recours (ATF B 67/00 du 17 janvier 2001, consid. 2a).

Un recours voué à l'échec ne saurait être assimilé à un recours présentant un caractère de légèreté ou de témérité (ATF 124 V 285 ; pratique VSI 1998 p. 194). Il faut qu'un élément critiquable s'ajoute subjectivement parlant. La partie concernée doit avoir entamé la procédure quand bien même elle pouvait sans autre se rendre compte, en usant de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle, que son recours était dépourvu de chance de succès.

16. En l'espèce, la Cour de céans peine à comprendre pour quel motif, alors que les dispositions légales et réglementaires applicables, ainsi que la jurisprudence relative aux conditions de prise en charge des mesures de réadaptation professionnelle plus particulièrement lui ont été clairement exposées lors de l'audience du 5 mars 2013, tant par la Présidente que par la représentante de l'OAI, l'assuré ait malgré tout maintenu son recours. Elle renoncera toutefois à lui infliger une amende pour téméraire plaideur, compte tenu de la motivation dont il fait preuve pour retrouver un emploi.
17. La procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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