RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2601/2020 **ATAS/835/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 août 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à LES ACACIAS recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en février 1982, a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en date du 15 janvier 2018. Sous la rubrique concernant l'atteinte à la santé, l'assuré déclarait souffrir de luxations à répétition des épaules, depuis l'adolescence, et indiquait comme médecin le docteur B_____, chirurgien.

2. À la demande de l'OAI, l'assuré lui a fait parvenir plusieurs documents médicaux, notamment des radiographies de l'épaule droite datant des mois de mars, mai et décembre 2017 suite à une opération chirurgicale Latarjet qui s'était déroulée en décembre 2015. Parmi les documents médicaux communiqués à l'OAI, figuraient un scanner des épaules réalisé le 8 octobre 2015 auprès du service de radiologie des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), ainsi qu'un rapport de consultation daté du 15 juillet 2016, rédigé par le Dr B_____, médecin adjoint au département de chirurgie des HUG. Le médecin se rapportait à l'opération Latarjet de l'épaule gauche, effectuée pour une instabilité multidirectionnelle récidivante avec luxation antérieure. Le patient rapportait peu de douleurs et ne prenait plus d'antalgiques depuis des mois ; cliniquement, une instabilité ne pouvait pas être évaluée, mais une appréhension était toujours présente ; une diminution de la mobilité de l'épaule gauche était notée, mais le patient relevait une nette amélioration depuis l'intervention du 1er décembre 2015. Un rapport de consultation daté du 7 mars 2017, établi par le docteur C_____, chirurgien orthopédique auprès de la clinique La Colline, mentionnait les suites d'une stabilisation glénohumérale effectuée par Latarjet six semaines auparavant, et constatait que, cliniquement, les amplitudes articulaires étaient complètes. Selon le médecin, l'assuré pouvait reprendre ses activités sportives, à l'exception des sports à risque.

3. Par courrier du 5 juin 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait examiné le droit à des mesures professionnelles et considérait qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement, mais qu'un éventuel droit à la rente était encore en cours d'examen.

4. Sur demande du service médical régional AI (SMR), le Dr C_____ a répondu à un questionnaire portant sur le status de l'assuré. Selon le chirurgien, le patient n'avait pas été revu depuis le mois de mars 2017 et, selon son appréciation, une reprise de travail à 100% était effective, dès le mois de juillet 2017.

5. L'OAI a interpellé le nouveau médecin traitant de l'assuré, le docteur D_____, généraliste, qui a répondu, en date du 19 septembre 2018, qu'il voyait l'assuré une fois tous les quatre ou cinq mois, la dernière consultation datant du 27 août 2018, que l'assuré souffrait de luxations récidivantes des deux épaules, que son épaule gauche avait été opérée en décembre 2015 et son épaule droite en janvier 2017, et que l'assuré avait récupéré les fonctionnalités de ses épaules, mais que certains

mouvements étaient encore douloureux, notamment les bras en rotation externe ; son pronostic était réservé et il ne se considérait pas capable de répondre aux questions concernant la capacité de travail de l'assuré.

6. Dans son rapport du 23 novembre 2018, le SMR, sous la plume de la doctoresse E_____, a résumé les éléments médicaux susmentionnés et a constaté que l'assuré avait présenté une incapacité de travail d'environ six mois après chacune des interventions chirurgicales, soit celle de décembre 2015 et celle de janvier 2017. Dans une activité d'épargne des épaules, sans port de charges lourdes de plus de 10 kg et sans lever les bras au-dessus de l'horizontale, la capacité de travail de l'assuré était entière depuis toujours.

7. L'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision du 28 novembre 2018, refusant les prestations d'invalidité. La motivation en était que sur la base des constatations faites par l'OAI lors de l'instruction, l'assuré avait été en incapacité de travail du 1er décembre 2015 au 7 juillet 2016 à 100%, puis du 16 janvier 2017 au 30 juin 2017 à 100%. Dès lors, l'assuré ne justifiait pas d'une année complète d'incapacité de travail pouvant ouvrir un droit aux prestations. Selon l'avis du SMR, la capacité de travail de l'assuré était estimée entière, dans toute activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles depuis toujours. Effectuant une comparaison des revenus, l'OAI considérait que le revenu sans invalidité était de CHF 67'102.-, correspondant au salaire selon ESS tableau TA1 ; une réduction supplémentaire de 10% était prise en compte en raison des limitations fonctionnelles Le revenu avec invalidité s'élevait ainsi à CHF 60'392.- ; il en ressortait que la perte de gain s'élevait à CHF 6'710.-, soit un taux de 10%. Dès lors, l'assuré n'avait droit ni à une rente d'invalidité, ni à des mesures professionnelles.

8. Le 4 mars 2019, l'assuré a contacté l'OAI par téléphone et a demandé un délai, à fin avril 2019, pour contester le projet de décision. Par courrier du 16 avril 2019, l'assuré a rappelé que depuis l'adolescence, il avait souffert de luxations des épaules et avait par la suite subi des interventions chirurgicales, respectivement de l'épaule gauche en décembre 2015, puis de l'épaule droite en janvier 2017. Il était actuellement dans l'obligation de continuer les séances de physiothérapie et éprouvait des sensations de gêne, froideur, raideur et crispation, ainsi que des douleurs qui contribuaient à entraver ses actes de la vie quotidienne. Il rappelait qu'il était titulaire d'un diplôme de l'école de culture générale et manifestait son intérêt pour d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, grâce aux ateliers protégés, afin d'identifier avec certitude sa capacité de travail, ainsi que ses limitations en raison de sa santé.

9. À teneur d'un rapport du 20 mai 2020, effectué par la division réadaptation professionnelle de l'OAI sous la plume de Monsieur F_____, un entretien avait eu lieu avec l'assuré en date du 10 décembre 2019, lors duquel ce dernier avait décliné la proposition de mettre sur pied un stage d'orientation, alléguant qu'il n'était pas disponible, car il devait suivre son traitement de physiothérapie et avait des «

problèmes à régler pour sa mère ». Il envisageait également de se faire réopérer dans le futur et déclinait la proposition de mettre sur pied un stage d'orientation professionnelle dans un proche avenir.

10. Suite à un contact entre l'assistante sociale de l'assuré et l'OAI, en janvier 2020, l'assuré a été informé, en mars 2020, que s'il déclinait la proposition de mesures professionnelles de l'OAI et refusait de participer à des mesures de réinsertion, les subventions qui lui étaient versées par l'hospice général pouvaient être réduites. Suite à cette information, l'assuré a accepté le principe d'une inscription à un stage d'orientation professionnelle chez PRO entreprise sociale privée (ci-après : PRO).

11. Par courrier du 20 mai 2020, l'OAI a octroyé à l'assuré un droit à des mesures professionnelles et a informé ce dernier qu'il prenait en charge le stage chez PRO, qui devait se dérouler du 18 mai (sic) au 16 août 2020. Si l'assuré était en désaccord avec cette proposition, il pouvait demander par écrit une décision sujette à recours.

12. En date du 3 juin 2020, l'OAI a envoyé une sommation à l'assuré, en raison du fait que PRO avait informé l'office que l'assuré avait commencé le stage le 18 mai 2020, puis l'avait interrompu, après sept jours, le mardi 26 mai 2020, sans en avertir le conseiller en évaluation en charge de son suivi. Les dispositions sur l'obligation de collaboration et les sanctions en cas de refus temporaire ou définitif des mesures de réinsertion professionnelle étaient rappelées à l'assuré qui était sommé de reprendre, au plus tard le 22 juin 2020, le stage, jusqu'à son terme prévu le 16 août 2020, sans quoi l'une des alternatives prévues par la loi, notamment la réduction ou le refus temporaire ou définitif de prestations par l'OAI, pouvait être décidée.

13. Le rapport d'évaluation de PRO, daté du 26 juin 2020, portant sur la période allant du 18 mai au 26 mai 2020 faisait apparaître que l'assuré avait d'emblée exprimé beaucoup de réticences à démarrer la mesure, expliquant que ce n'était pas le moment, car il avait de nombreuses choses à faire pour sa santé et pour celle de sa mère. La motivation et l'état d'esprit étaient décrits de la manière suivante : malgré une grande flexibilité dans les horaires qui avait été accordée par PRO pour les rendez-vous de l'assuré, celui-ci était très centré sur ses seuls besoins personnels et demandait des ajustements d'horaires supplémentaires, décrivant ses obligations quotidiennes, soit sa mère, des démarches liées à une dette envers l'hospice, la garde du chien d'un proche récemment décédé, etc. Selon PRO, le stage était clairement relégué au second plan et lorsque le conseiller en évaluation, Monsieur G_____, prenait la peine de réexpliquer à l'assuré le sens de la mesure, son objectif et le bénéfice qu'il pourrait en retirer, cela n'avait pas plus d'effet sur la motivation de l'assuré. Les observations et activités faites en atelier pendant une semaine montraient que l'assuré avait travaillé en position assise, avec les avant-bras posés sur l'établi et n'avait pas rencontré de difficultés particulières aux épaules. La qualité produite était généralement satisfaisante, mais le rythme de travail était plutôt lent, avec un rendement de 25 à 30% seulement. Il était encore

mentionné que lors des différents contacts avec l'assuré, ce dernier était en permanence sous tension et d'humeur plutôt négative. Il revenait constamment sur ses difficultés personnelles qui prenaient toute la place et n'en laissait aucune pour la présente mesure, laquelle avait été interrompue par l'assuré le 26 mai 2020, sans qu'il en informe PRO.

14. Par décision du 1er juillet 2020, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré des prestations d'invalidité, reprenant la motivation du projet de décision du 28 novembre 2018. Il était encore précisé que, suite au courrier de l'assuré du 16 avril 2019, des mesures de réadaptation lui avaient été proposées, notamment la mise en place d'un stage d'orientation professionnelle auprès de l'entreprise PRO, pour la période allant du 18 mai 2020 au 16 août 2020, stage que l'assuré avait arrêté unilatéralement, en date du 26 mai 2020 et n'avait pas repris, malgré la sommation de l'OAI du 3 juin 2020. Partant, le stage n'ayant pas été mené à terme par l'assuré, le taux d'invalidité admis par l'OAI sur la base du dossier était de 10%.

15. Par écriture du 31 août 2020, postée le même jour, l'assuré a recouru contre la décision du 1er juillet 2020, alléguant que les derniers mois avaient été « atypiques et mouvementés » et que l'acceptation du stage chez PRO avait été une erreur de sa part, en ces temps difficiles, comme il l'avait déjà exprimé lors d'un entretien téléphonique au mois de mars 2020. Il a ajouté que des éléments personnels l'avaient bouleversé, notamment le décès d'une personne très proche au mois de mai 2020, ainsi que la maladie de sa chienne, qu'il avait dû soigner (et qui était décédée depuis lors), ce qui avait entraîné l'arrêt de son stage chez PRO, « en raison des éléments précités ». Depuis le 18 mai 2020, il avait tenté de joindre l'OAI en vain, en raison du répondeur téléphonique « spécial covid » qui avait été mis en fonction.

16. Par réponse du 29 septembre 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours, alléguant que les éléments apportés par le recourant ne lui permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.

17. Par courrier du 30 juin 2021, la chambre de céans a invité le recourant à éventuellement compléter la motivation de son recours dans le cadre de son droit à la réplique.

18. Par courrier du 14 juillet 2021, le recourant n'a pas apporté d'éléments supplémentaires à l'appui de son recours, déclarant souhaiter avoir « un entretien avec un responsable pour éclaircir diverses choses ».

19. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

5. Le litige porte sur la décision du 1er juillet 2020 de refus de prestations d'invalidité de l'OAI.

6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

   Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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

al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

8. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

9. En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5).

10. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

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

    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 (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). 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'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). 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'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143

V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). A cet égard, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018) ; et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

11. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

12. Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er 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).

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

    Toutefois, en présence d'un assuré en début de carrière professionnelle et pour lequel les activités adaptées envisagées (sans mesure de réadaptation) relèvent de travaux ne requérant pas de formation ou connaissances particulières, le droit aux mesures de reclassement dans une nouvelle profession ne saurait être subordonné à la limite des 20%. En effet, l'équivalence approximative des possibilités de gain offertes par l'ancienne activité et par la nouvelle ne saurait être réalisée à long terme que si les deux formations ont, elles aussi, une valeur approximativement comparable (ATF 124 V 108 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_704/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.1 et les références). Or, selon l'expérience générale de la vie, l'évolution des salaires des personnes avec ou sans formation professionnelle n'est pas la même. L'expérience montre en particulier que dans un grand nombre de catégories professionnelles, le salaire initial des personnes ayant terminé leur apprentissage n'est pas supérieur, ou ne l'est pas de manière significative, aux rémunérations offertes sur le marché du travail pour des activités n'impliquant pas de formation particulière, tandis qu'il progresse d'autant plus rapidement par la suite (ATF 124 V 108 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_262/2016 du 30 août 2016 consid. 5.2).

    Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure

et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, n^{os} 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

14. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

15. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

16. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante

et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

17. À titre préalable, la chambre de céans considère qu'une audience n'est pas nécessaire, la cause pouvant être jugée à partir des pièces du dossier et qu'il n'y a donc pas lieu de donner suite à la demande du recourant visant à obtenir « un entretien avec un responsable », celui-ci ayant déjà eu largement l'occasion d'exercer son droit d'être entendu.

    De surcroît, en se fondant sur le principe de l'appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans considère qu'il est superflu d'administrer d'autres mesures probatoires.

18. En l'espèce, le recourant n'invoque aucun motif concernant le refus de rente d'invalidité, se contentant de justifier les raisons pour lesquelles il n'avait pas continué le stage chez PRO, jusqu'à son terme.

    L'OAI s'est fondé sur les éléments du dossier pour prendre sa décision, dès lors que la fin abrupte du stage professionnel n'a pas permis d'évaluer avec précision la capacité de travail du recourant.

    Le calcul du revenu sans invalidité de l'assuré correspond à la formation et au manque d'expérience professionnelle de ce dernier, il correspond aux tabelles ESS pour une personne n'ayant pas de qualification professionnelle particulière.

    De même, le pourcentage d'abattement estimé à 10% pour les limitations fonctionnelles de l'assuré ne prête pas le flanc à la critique.

    Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la capacité de travail du recourant est entière et que le salaire retenu par l'intimé pour calculer l'éventuel taux d'invalidité du recourant, ainsi que le taux d'abattement retenu pour les limitations fonctionnelles, ne prête pas le flanc à la critique.

19. S'agissant des mesures professionnelles, suite à l'opposition de l'assuré et à la demande pressante de ce dernier, l'OAI a octroyé un stage d'orientation professionnelle chez PRO.

    L'OAI justifie sa décision par le défaut de collaboration de l'assuré qui a quitté abruptement le stage et a refusé de le réintégrer malgré la sommation du 3 juin 2020.

Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues.

À teneur de l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsqu'un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art. 43 al. 3 LPGA et 73 RAI ; cf. ATF 108 V 230 consid. 2 ; voir également, KIESER, ATSG-Kommentar : Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2003, n. 41 ad art. 43 ; KÖLZ / HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 1999, ch. 275 ; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, n° 229, p. 108 s. ; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 256 ; RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 210). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 230 consid. 2 ; 97 V 176 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral I_906/05 du 23 janvier 2007).

Selon l'art. 7b LAI, les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 LAI ou à l'art. 43 al. 2 LPGA (al. 1). La décision de réduire ou de refuser des prestations doit tenir compte de toutes les circonstances, en particulier de la gravité de la faute de l'assuré (al. 3).

D'après l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de

travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). L'art. 7 al. 2 précise que l'assuré doit participer activement à la mise en oeuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à la réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier des mesures d'ordre professionnel (art. 15 à 18 et 18b LAI).

Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations d'assurance peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée.

Aux termes de l'art. 7a LAI est réputée raisonnablement exigible toute mesure servant à la réadaptation de l'assuré, à l'exception des mesures qui ne sont pas adaptées à son état de santé.

L'application de la sanction de l'art. 21 al. 4 LPGA implique que les conditions qui permettent de conclure à des manquements au sens de l'art. 7b al. 1 LAI soient réalisées. Il faut tout d'abord que la mesure soit exigible, c'est-à-dire adaptée à l'état de santé et propre à permettre une amélioration notable de la capacité de gain ou de travail de l'assuré. L'assuré doit ensuite s'être opposé ou soustrait à la mesure ordonnée ou ne pas avoir, de sa propre initiative, pris des mesures propres à diminuer le dommage. Par ailleurs, son attitude doit être inexcusable, ce qui présuppose qu'il soit responsable de ses actes et qu'il puisse faire l'acte de volonté nécessaire (cf. art. 42 al. 3 LPGA dont la règle peut être appliquée parallèlement à celle de l'art. 7b LAI : arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2013 du 22 novembre 2013 consid. 3). La réduction ou le refus d'une prestation ne doit notamment pas être prononcé lorsqu'il refuse de collaborer à une mesure prescrite pour des motifs psychogènes ayant la valeur d'une maladie. Pour l'application de la sanction, il doit encore exister un lien de causalité entre le comportement reproché et le dommage susceptible d'être causé à l'assurance. Enfin, l'assurance-invalidité ne peut supprimer une rente en raison du comportement récalcitrant de l'assuré que si ce dernier a préalablement été averti, par sommation écrite lui impartissant un délai de réflexion convenable, des conséquences juridiques de son comportement (Michel VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, p. 78ss).

Comme l'indique la référence aux art. 7 LAI et 21 al. 4 LPGA, l'art. 7b LAI s'applique aux cas dans lesquels l'assuré ne participe pas aux mesures raisonnablement exigibles en vue de réduire ou d'empêcher l'invalidité, ou viole son obligation de collaborer de manière à entraver de telles mesures. Il permet en particulier de réduire ou de mettre fin sans délai aux prestations, de manière à éviter

que l'attitude fautive d'un assuré entraîne finalement un dommage à l'assurance-invalidité en empêchant ou retardant une mesure médicale ou professionnelle. Lorsqu'aucune de ces mesures n'entre sérieusement en considération, les conséquences d'une violation de l'obligation de collaborer de l'assuré restent régies par l'art. 43 al. 3 LPGA (cf. Markus Krapf, Selbsteingliederung und Sanktion in der 5. IV-Revision, RSAS 2008 p. 122 ss., p. 145).

20. En l'occurrence, l'intimé a mis en place une mesure d'ordre professionnel, (art. 15 LAI), soit un stage d'observation auprès de PRO dont le but était d'examiner l'aptitude de l'assuré à suivre une formation professionnelle initiale (art. 7 al. 2 let. c LAI). Il s'agit là d'une obligation dont le manquement peut entraîner la réduction ou le refus des prestations au sens de l'art. 7b al. 1 LAI.

    Il ressort du rapport de l'entretien du 10 décembre 2019 que l'assuré s'est montré réticent à suivre un stage d'orientation professionnelle, en invoquant des motifs qui ne peuvent pas être considérés comme satisfaisants.

    Ce n'est qu'après avoir appris que le refus de suivre le stage pouvait entrainer une diminution des subsides versés par l'hospice général qu'il a accepté la proposition de l'OAI.

    Les raisons invoquées par l'assuré pour mettre fin de manière abrupte au stage chez PRO une semaine après son début, ne constituent pas des motifs acceptables, ce d'autant moins à la lecture du rapport de stage professionnel de PRO il ressort que l'assuré a montré très peu de motivation dès son arrivée et très peu d'empressement à effectuer le stage.

    Sommé de réintégrer le stage, par courrier du 3 juin 2020, l'assuré n'y a pas donné suite.

    Il résulte de ce qui précède que la mesure d'ordre professionnelle, qui avait été demandée par l'assuré dans son courrier du 16 avril 2019 était exigible car adaptée à l'état de santé de l'assuré et propre à permettre une amélioration notable de la capacité de gain ou de travail de l'assuré. En quittant de manière abrupte le stage, après une semaine, l'assuré s'est soustrait à la mesure ordonnée. Enfin, au regard de son comportement avant, pendant et après le stage, son attitude apparait comme inexcusable, l'assuré étant responsable de ses actes.

    Les motifs invoqués par le recourant pour quitter le stage, soit le décès d'un proche (dont les obsèques ont eu lieu avant le début du stage) et le fait de devoir s'occuper de son animal de compagnie, malade, ne justifient en rien son attitude.

    L'OAI était donc en droit, conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA de mettre fin aux prestations, notamment la mise en place de mesures professionnelles, étant précisé qu'aucun élément ne permet d'inférer que le stage d'orientation chez PRO n'était pas raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement la capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain au recourant.

Etant encore précisé que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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.

L'attitude du recourant face à la mesure d'orientation professionnelle mise en place par l'OAI auprès de PRO permet de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que des mesures d'ordre professionnel en faveur du recourant sont dépourvues de chance de succès.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

21. Dès lors que l'assuré n'est pas au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite, un émolument de CHF 200.- sera mis à sa charge (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- 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	Le président
Nathalie LOCHER	Philippe KNUPFER

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