

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2646/2016

ATAS/1014/2016

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

**Arrêt du 6 décembre 2016**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

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

intimé

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

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1984, originaire d'Haïti, en Suisse depuis le 13 septembre 2000, naturalisé Suisse le 5 décembre 2011, exerçant la profession d'agent de sécurité au service de B\_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> août 2011, souffre depuis le printemps 2014 d'une arthrose de la cheville droite sur ancienne fracture du pilon tibial. Il a pour ce motif requis de l'office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après OAI) la prise en charge d'une chaussure de type Kunzli montante à visée de rigidification de la cheville et soutien associé à une semelle orthopédique d'amortisseur pour maintenir la capacité de travail, selon le rapport de la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 21 octobre 2014.

L'OAI a informé l'assuré le 28 octobre 2014 que les conditions d'octroi de ce moyen auxiliaire étaient remplies.

2. L'assuré a déposé une demande de prestations AI le 15 février 2015, précisant qu'il avait cessé d'exercer son activité d'agent de sécurité en raison de son état de santé le 7 avril 2014.
3. Dans un certificat du 23 février 2015, la Dresse C\_\_\_\_\_ atteste d'une capacité de travail de 100% dès le 1<sup>er</sup> mars 2015 dans une activité adaptée.

Le 27 février 2015, la Dresse C\_\_\_\_\_ a précisé à l'attention de l'OAI que l'assuré présentait deux problèmes orthopédiques : une arthrose débutante de la cheville droite sur cal vicieux d'une fracture du pilon dans l'enfance et des lombalgies chroniques basses sur troubles statiques sur raccourcissement du membre inférieur. Elle a expliqué que ce patient, qui l'avait consultée pour la première fois le 7 avril 2014, lui avait été adressé par son médecin traitant en raison de douleurs à localisation de la cheville droite présentes depuis quelques mois. L'activité exercée était encore exigible à 50% dès le 6 octobre 2014. Elle précise que le poste idéal pour l'assuré serait un poste en position assise/debout alternée sans port de lourdes charges et sans marche prolongée. Il faut éviter la station debout prolongée au-delà de deux heures, la montée et descente d'échelle ou d'escalier et le port de charges au-delà de 15 kilos. Elle fixe la capacité de travail de l'assuré à 100% dans une activité adaptée à ces limitations, sans préciser de date.

4. Un rapport d'évaluation intervention précoce - IP a été établi le 27 avril 2015. Les objectifs suivants ont été fixés avec l'assuré :
  - une mesure de coaching individuel chez PEPS pour l'aider à préciser au moins deux projets professionnels réalistes et réalisables et réaliser un stage de validation.
  - il réalise une démarche I auprès d'une autoécole.
  - il demande un devis de trois mois à un fitness, dans l'optique d'une mesure ressource. Soutien aussi de son moral qui est en baisse, notamment à cause de la durée de son éloignement du marché du travail.

5. L'assuré est inscrit auprès de la caisse de chômage SIT pour une activité adaptée. Un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert en sa faveur du 2 mars 2015 au 1<sup>er</sup> mars 2017. Il a été mis au bénéfice d'indemnités journalières.
6. Il ressort d'une note de travail IP du 5 juin 2015, « nous informons l'assuré de nos limites et de son obligation à suivre ce qui est demandé par sa conseillère OCE, à savoir suivre la mesure IPT. L'assuré nous informe que de son côté, il a écrit un courrier pour changer de conseillère, celle-ci ne tenant pas compte de ses informations et de sa motivation ».
7. Le 26 juin 2015, des mesures IP sous la forme d'un accès illimité au fitness Non Stop Gym ont été accordées à l'assuré.
8. Celui-ci a informé le service de réadaptation de l'OAI le 7 août 2015 qu'il avait été engagé comme coursier auprès d'Unilabs depuis le 3 juillet 2015 dans le cadre d'un remplacement à temps partiel. Il est ainsi en gain intermédiaire auprès de l'assurance-chômage. Le mandat IP a dès lors été liquidé.
9. Dans une note du 9 février 2016, le médecin du SMR a constaté que  
« Assuré de 31 ans, agent de sécurité à 100%, en incapacité de travail depuis le 7 avril 2014 en raison de douleurs de la cheville droite sur une arthrose tibio-astragalienne post-traumatique. L'assuré a présenté une fracture de la cheville dans l'enfance, qui a consolidé avec un cal vicieux. Cette mauvaise consolidation entraîne un raccourcissement de la longueur du membre inférieur droit (-2.5 cm), une bascule du bassin et des troubles fonctionnels.  
L'assuré présente aussi des lombalgies basses chroniques en lien avec ce trouble de la statique du bassin.  
Les douleurs de la cheville persistent malgré l'adaptation du chaussage. Aucune indication chirurgicale n'est retenue actuellement.  
Comme l'atteste le chirurgien traitant, le pronostic évolutif de ces atteintes dégénératives n'est pas favorable et justifie une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle du 7 avril 2014 au 5 octobre 2014, puis de 50% dès le 6 octobre 2014.  
Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré est de 100% dès le 6 octobre 2014 ».
10. Le 26 mai 2016, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée, au vu d'un degré d'invalidité nul. L'OAI s'est fondé sur un revenu sans invalidité de CHF 57'488.- sur la base du rapport de l'employeur du 3 mars 2015, et un revenu avec invalidité de CHF 59'088.- selon les chiffres de l'enquête suisse sur la structure des salaires de l'année de référence (ESS), tableau TA1 pour un homme, domaine d'activité totale (tous secteurs confondus) dans des activités simples et répétitives de niveau 1 ne nécessitant pas de formation complémentaire, étant précisé que l'OAI a par ailleurs pris en considération une diminution supplémentaire de 10% en raison de l'activité légère seule possible et des limitations fonctionnelles.

11. Par décision du 12 juillet 2016, l'OAI a confirmé son rejet de décision.
12. Par courrier du 19 juillet 2016, la Dresse C\_\_\_\_\_ a fait part de son incompréhension face à cette décision. Elle relève en effet que l'assuré « est un patient actif qui ne veut absolument pas avoir besoin d'aide sociale, mais qui a besoin dans le cadre de son rôle de chef de famille d'une aide pour une reconversion professionnelle. Il ne peut plus travailler comme agent de sécurité pour les raisons orthopédiques citées dans le rapport de février. Malgré les mesures orthopédiques, un travail en position debout ne peut être proposé. Toutes les mesures de chaussages sont inefficaces et le travail que doit faire *l'assuré* doit tenir compte de ses limitations fonctionnelles ».

Elle joint à son courrier la copie d'un mail que lui a adressé le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, le 11 juin 2016, selon lequel

« sur le plan fonctionnel, *l'assuré* est en capacité de travailler en respectant les limitations mentionnées par la Dresse C\_\_\_\_\_ dans son certificat médical en 2015. En outre, il est parfaitement désireux de subvenir aux besoins de sa famille par ses propres moyens et ne demande pas à bénéficier d'une quelconque rente. Il n'est cependant pas en mesure de financer une formation complémentaire et vous serait reconnaissant de bien vouloir vous pencher à nouveau sur sa problématique ».

13. L'assuré a interjeté recours le 10 août 2016 contre ladite décision, alléguant que
- « Premièrement, je joins des certificats médicaux pour attester de mon incapacité à exercer mon travail dans la sécurité, incapacité reconnue qu'à 50% par le SMR. Cependant, on n'engage pas de personnes avec handicap dans la sécurité et je dois donc me diriger vers un autre métier, que je pourrais exercer à 100%.
- Il me semble également que vos calculs d'un salaire potentiel dans des tâches « simples et répétitives » ne soient pas basés sur la réalité, mais simplement le résultat de quelques statistiques. Mon handicap m'empêche de marcher et m'oblige à passer de la position assise à celle debout fréquemment. Il faudrait donc que j'effectue une nouvelle formation pour atteindre le niveau de salaire que j'avais auparavant dans la sécurité.

Mon souhait est de pouvoir travailler dignement et ainsi subvenir aux besoins de ma famille. J'ai 32 ans et je ne veux surtout pas dépendre de l'aide sociale. Actuellement je suis en arrêt depuis 18 mois, mais cette situation me pèse. Il me semble essentiel de pouvoir aller aux EPI pour que mes aptitudes soient évaluées et pour que je puisse trouver une activité professionnelle adaptée à mes capacités actuelles ».

L'assuré a produit trois certificats médicaux, soit :

- un courrier du docteur E\_\_\_\_\_ du 22 août 2014
- un certificat de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 10 février 2015 selon lequel

« Ainsi il est en incapacité de travail à 50% depuis septembre 2014 et a été licencié de son poste d'agent de sécurité.

Le poste de travail que devra occuper *l'assuré* doit tenir compte de ses problèmes de santé. Il faut être attentif à un poste sans marche prolongée, station debout prolongée au-delà de deux heures, la montée et descente d'échelle ou d'escalier et le port de charges au-delà de 15 kg.

Le poste idéal serait un poste en position assise/debout alternée sans port de charges lourdes. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100% ».

- un autre du 26 février 2015 attestant d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> mars 2015.

14. Dans sa réponse du 31 août 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il rappelle que l'assuré a été reçu dans le cadre de l'intervention précoce, que des mesures d'intervention précoce sous forme d'une mesure de coaching individuel auprès de PEPS et d'un accès illimité au fitness ont été mises en place, que l'assuré a été suivi en parallèle par le chômage et que des stages ont pu être effectués. Les mesures nécessaires ont ainsi été prises afin de permettre à l'assuré de se préparer et trouver des activités adaptées. Son degré d'invalidité étant de 0%, d'autres mesures, tel qu'un reclassement professionnel, ne sont pas indiquées.
15. Le 22 septembre 2016, l'assuré a précisé qu'il avait certes un diplôme de mécanicien obtenu à Haïti, mais que ce diplôme n'était pas reconnu en Suisse. Il avait été scolarisé trois ans à Genève au Service des classes d'accueil et d'insertion (SCAI), puis au Centre d'enseignement professionnel technique et artisanal (CEPTA), mais n'avait pas terminé ces écoles.
16. Le 13 octobre 2016, l'OAI a informé la chambre de céans qu'il maintenait ses conclusions.
17. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause 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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. 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. 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).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des mesures de réadaptation AI.
6. 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).

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).

On rappellera encore qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. 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).

- 
7. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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).

b. 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 malade, 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 294 consid. 4c in fine).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, 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).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 du médecin soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 consid. 3).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

9. a. 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). 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).

b. 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. Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1).

c. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'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). 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).

Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

10. a. 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).

b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 p. 220 consid. 4a).

c. Enfin, 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).

11. En l'espèce, l'OAI a considéré, sur la base de la note du médecin du SMR du 9 février 2016 que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle d'agent de sécurité était nulle du 7 avril 2014 au 5 octobre 2014, et de 50% dès le 6 octobre 2014, qu'en revanche, elle était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, dès le 6 octobre 2014.

Dans son rapport du 27 février 2015, la Dresse C\_\_\_\_\_ a en effet indiqué que l'activité exercée était encore exigible à 50% dès le 6 octobre 2014. Elle précise que le poste idéal pour l'assuré serait un poste en position assise/debout alternée sans port de lourdes charges et sans marche prolongée. Il faut éviter la station debout prolongée au-delà de deux heures, la montée et descente d'échelle ou d'escalier et le port de charges au-delà de 15 kilos. Elle fixe la capacité de travail de l'assuré à 100% dans une activité adaptée à ces limitations.

Le 19 juillet 2016, elle a confirmé que l'assuré « ne peut plus travailler comme agent de sécurité pour les raisons orthopédiques citées dans le rapport de février » et répète que « le travail que doit faire l'assuré doit tenir compte de ses limitations fonctionnelles ».

L'assuré conteste être capable de travailler à 50% comme agent de sécurité et produit des certificats médicaux « pour attester de mon incapacité à exercer mon

---

travail dans la sécurité », soit des certificats de la Dresse C\_\_\_\_\_. Ceux-ci viennent en réalité confirmer l'incapacité de travail à 50% en tant qu'agent de sécurité. Celui du Dr REY n'est pas pertinent.

Ce qui est quoi qu'il en soit déterminant est de savoir si l'assuré peut travailler dans une autre activité qui serait adaptée à ses limitations fonctionnelles, étant rappelé que selon l'art. 6 LPGA

« En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité ».

Il y a lieu de constater que tel est le cas, à 100%, à compter du 6 octobre 2014, ce que du reste l'assuré admet.

12. a. Reste à déterminer le taux d'invalidité.

b. En ce qui concerne le revenu sans invalidité, le questionnaire rempli le 3 mars 2015 par l'employeur fait état d'un salaire de CHF 57'488.-.

c. S'agissant du salaire avec invalidité, c'est à juste titre que l'OAI s'est fondé sur les données salariales ressortant des ESS, dans la mesure où l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative. En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes travaillant dans les activités simples et légères, à savoir CHF 65'654.- par année (cf. tableau TA1 pour un homme, domaine d'activité totale (tous secteurs confondus) dans des activités simples et répétitives de niveau 1 ne nécessitant pas de formation complémentaire).

d. L'OAI a ainsi comparé, d'une part, un revenu sans invalidité de CHF 57'488.- et, d'autre part, un revenu avec invalidité de CHF 59'088.-, déduction faite d'un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère est possible, ce qui donne un degré d'invalidité de 0%.

13. La chambre de céans tient à saluer la motivation et la détermination dont fait preuve l'assuré pour tenter de retrouver une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Force est toutefois de constater qu'un degré d'invalidité nul ne permet pas d'ouvrir le droit à des mesures de réadaptation professionnelle, étant précisé que même si l'on admettait un abattement de 15%, le degré d'invalidité resterait inférieur aux 20% requis pour qu'un droit à un reclassement puisse être envisagé.

Il y a quoi qu'il en soit lieu de rappeler que des mesures d'intervention précoce ont déjà été accordées à l'assuré, et que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères dont on doit convenir qu'un nombre significatif est adaptée aux limitations de l'assuré et accessibles sans aucune formation particulière.

Reste à recommander à l'assuré de s'adresser à nouveau à l'office cantonal de l'emploi (OCE).

14. Aussi le recours ne peut-il être que rejeté.



**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

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