

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2795/2013

ATAS/99/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 février 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian van
GESSEL

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), ressortissant italien né en 1954, est arrivé en Suisse le 27 septembre 1973. Titulaire d'un certificat fédéral de capacité de mécanicien tourneur, il a travaillé en qualité de serrurier constructeur au sein d'une entreprise de ferronnerie de 1973 à 1977, puis il a exercé à plein temps différentes activités pour le compte d'une autre société : mécanicien tourneur, magasinier dans l'outillage, puis responsable d'une cellule de fabrication de 15 collaborateurs. En 2008, son revenu mensuel s'est élevé à CHF 6'135.- (payé 13 fois l'an). En janvier 2009, il a été augmenté à CHF 6'243.-.

L'activité de magasinier dans l'outillage interne consistait à maintenir en qualité et quantité tous les outils nécessaires au fonctionnement de l'entreprise, à savoir à tout instant le lieu et l'utilisateur de chaque outil sorti du magasin au moyen de la fiche d'accompagnement prévue à cet effet, à seconder le contremaître de l'outillage et à recevoir les représentants.

2. En raison de douleurs à l'épaule gauche et d'un état dépressif survenu à la suite de l'annonce, courant 2009, de son licenciement pour le 31 décembre 2009, l'assuré a été mis en arrêt de travail à compter du 18 août 2009.
3. Le 11 janvier 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), visant à l'octroi de mesures professionnelles. Il invoquait des douleurs aux épaules et aux mains, un diabète difficile à contrôler et une dépression, depuis le 18 août 2009.
4. Dans un rapport du 8 février 2010, le Dr B_____, spécialiste FMH en endocrinologie et diabétologie et en médecine interne générale, a retenu les diagnostics d'état dépressif réactionnel depuis août 2009 et de capsulite rétractile des épaules, depuis fin 2008. Le médecin a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail : un diabète de type 2 sans complication chronique depuis 2001, un status post-opération du ménisque du genou gauche depuis 1998 et une septoplastie depuis l'adolescence.

Le médecin a ajouté, s'agissant du diabète, que son patient était suivi, qu'il prenait des antidiabétiques oraux, sans difficulté jusqu'alors, qu'il était d'ailleurs asymptomatique et conservait une capacité de travail pleine et entière, sans limitation fonctionnelle. Une excellente prise en charge et une bonne gestion et acceptation de la maladie par l'assuré permettaient de poser un pronostic favorable.

S'agissant des conséquences, en terme de capacité de travail, des limitations fonctionnelles en lien avec les épaules, le praticien renvoyait à l'avis du médecin traitant.

5. Dans un rapport du 9 février 2010, le Dr C_____, médecin traitant de l'assuré, a quant à lui fait état d'une polyarthrite rhumatoïde probable des mains et des épaules depuis 2007, d'un état dépressif modéré à sévère depuis 2009 et d'un diabète de type 2 depuis plus de 10 ans. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail : une gastrite récidivante et une constipation chronique. Son patient se plaignait de douleurs dans les mains et les épaules. Il se sentait abusé, révolté, désespéré et déprimé. Selon son médecin, il n'était plus en mesure d'exercer une activité lucrative sollicitant ses mains et ses épaules ; il se sentait également rapidement découragé ; sa capacité à exercer son activité habituelle de mécanicien tourneur était nulle depuis le 18 août 2009.
6. Dans un rapport du 7 mars 2010, le Dr D_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, a retenu les diagnostics de capsulite rétractile de l'épaule droite et d'arthrose digitale. Il a précisé que le pronostic était plutôt favorable, mais que l'assuré était symptomatique depuis près d'une année. Les limitations fonctionnelles consistaient en une limitation à l'effort au niveau de l'épaule droite et à une limitation de la préhension des mains. Ces limitations engendraient une incapacité totale à exercer l'activité habituelle de mécanicien. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité et à une amélioration de la capacité de travail, sans pouvoir prévoir à quelle échéance.
7. Dans leur rapport d'expertise du 7 mai 2010 à l'intention de l'assureur perte de gain, les Dresses E_____ et F_____, respectivement rhumatologue et psychiatre au sein de la Clinique Corela, ont retenu les diagnostics de tendinopathie bilatérale de la coiffe des rotateurs et de probable polyarthrose digitale. Elles ont également mentionné un diabète et un trouble de l'adaptation, sans incidence sur la capacité de travail.

Les experts ont précisé s'être fondés sur des consultations de l'appareil locomoteur, d'endocrinologie et de psychiatrie pratiquées le 1^{er} avril 2010, ainsi que sur le dossier médical de l'assuré.

S'agissant de la tendinopathie bilatérale de la coiffe des rotateurs, les experts ont relevé une certaine évolution favorable quant à la scapulalgie gauche. La mobilité était normale, de même que l'habillage et le déshabillage. L'examen clinique témoignait d'une souffrance bilatérale de la coiffe des rotateurs, avec une possible rupture partielle à droite. Les diagnostics de rhumatisme inflammatoire et de capsulite rétractile devaient être écartés. L'évolution se ferait vers un amendement progressif, dont on ne pouvait estimer la date de la survenue. Néanmoins, les épaules resteraient fragiles sur le plan tendineux. L'assuré devait éviter le port occasionnel de charges jusqu'à 10 kg ainsi que le port prolongé de charges de plus de 5 kg, l'utilisation d'engins vibrants et les mouvements au-dessus de la ligne des épaules.

Quant à l'arthrose des mains, le traitement de fond déjà en place devait permettre le maintien d'un état stationnaire. Là encore, l'assuré devait éviter le port occasionnel

de charges jusqu'à 10 kg ainsi que le port prolongé de charges de plus de 5 kg, l'utilisation d'engins vibrants et les mouvements de préhension répétitifs des mains.

Le diabète ne donnait lieu à aucune plainte de la part de l'assuré et était traité de façon adaptée, ce qui devait permettre le maintien d'un équilibre glycémique correct. L'assuré devait éviter les expositions au chaud ou au froid, les horaires irréguliers et le travail de nuit.

Par ailleurs, l'assuré se disait d'une humeur changeante et ayant souvent l'envie d'être seul, se plaignait de réveils nocturnes précoces et pleurait beaucoup en évoquant la fermeture de l'employeur qui l'avait occupé depuis 1977. Subjectivement, les symptômes présentés par l'assuré évoquaient une humeur dépressive mais il ne présentait pas de tristesse continue, conservait des intérêts et des plaisirs (vélo, jardinage ou cueillette des champignons), la réduction de son énergie était mineure, il ne ressentait pas de culpabilité, ne faisait pas état de trouble majeur de la concentration, n'avait pas d'idées de mort, ne présentait pas de ralentissement ou d'agitation et avait bon appétit ; son anxiété était mineure. Ces éléments ont conduit les experts à retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive : l'assuré avait été exposé à un facteur de stress psychosocial identifiable, mais ne présentait pas de caractère catastrophique ou inhabituel. Même si l'assuré ne le jugeait pas utile, un traitement antidépresseur était recommandé et un retour rapide à une activité professionnelle était préconisé.

En définitive, les experts, au vu des atteintes aux épaules et aux mains, ont conclu à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle, avec diminution de rendement de 30 à 40% à compter du 1^{er} avril 2010, et à une capacité entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée. Le diabète et le trouble psychique n'étaient pas de nature à influencer la capacité de travail, quelle que soit l'activité déployée.

8. Le 18 mai 2010, l'assurance perte de gain a informé l'assuré qu'elle le considérait apte à travailler à plein temps dès le 1^{er} juin 2010.
9. Le dossier de l'assuré a alors été soumis au Service médical régional de l'AI (SMR). Le 23 novembre 2010, le Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, se fondant sur l'expertise des Dresses E_____ et F_____, s'est rallié à leurs conclusions (capacité de travail entière dans l'activité habituelle, avec diminution de rendement de 30 à 40% et pleine capacité à exercer une activité adaptée [n'impliquant ni port de charges, ni mouvements répétitifs des mains, ni travail de nuit, ni horaires irréguliers, ni conduite d'engins vibrants, ni travaux de manutention lourds ni mouvements au-dessus de la ligne des épaules]).
10. L'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle auprès des Etablissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), sous la forme d'un stage d'observation professionnelle du 3 au 6 mars 2011, afin d'évaluer les aptitudes de l'assuré dans le domaine de la petite mécanique.

11. Dans leur rapport du 14 mars 2011, les EPI ont indiqué que l'assuré avait effectué un stage de huit semaines en atelier à raison de 8 h./jour. Il avait été employé en qualité de mécanicien de précision et d'opérateur CNC (contrôle et pose de pièces). Il avait effectué les tâches suivantes : ébavurage, usinage manuel et conventionnel, perçage, taraudage, fraisage, tournage, affûtage, contrôle, magasinage (aménagement et commandes), inventaire et métrologie. Avec ses connaissances actuelles, l'assuré pouvait être opérationnel rapidement. Il était autonome, prenait souvent des initiatives et n'avait pas rencontré de problèmes physiques durant son stage. Il pouvait être réadapté dans le secteur secondaire, en particulier grâce à une formation pratique de mécanicien de précision (formation pratique aux EPI de 18 mois, incluant des cours de français et d'informatique et formations d'opérateur qualité et de contrôleur qualité de respectivement 6 et 12 jours auprès du centre de formation ARIAQ). Un travail à plein temps et un rendement dans la norme étaient escomptés. L'assuré était d'accord avec cette proposition.
12. Le 29 mars 2011, l'OAI a accepté la prise en charge d'un reclassement professionnel pratique et théorique en tant que mécanicien de précision auprès des EPI et de l'ARIAQ, du 7 mars 2011 au 1^{er} juillet 2012.
13. Le 26 août 2011, l'ARIAQ a informé l'assuré de l'échec à ses examens de « répondant et opérateur qualité ». Les coûts liés aux examens de rattrapage ont été pris en charge par l'OAI. L'assuré a été placé au sein d'une entreprise afin qu'il puisse effectuer un stage pratique d'opérateur dans le but de se préparer aux examens.
14. Il ressort d'une note interne du 16 décembre 2011 que l'entreprise où l'assuré effectuait son stage pratique a envisagé de l'engager, mais n'a pu le faire pour des questions financières. Si le classement se poursuivait, l'entreprise proposait de confier à l'assuré une tâche de contrôle, ce domaine étant celui où il semblait avoir les meilleures compétences.
15. Dans un rapport du 20 décembre 2011, le Dr D_____ a fait état de douleurs persistantes aux mains, au niveau des métacarpo-phalangiennes. Une IRM avait révélé une arthropathie érosive. Bien que le diagnostic ne soit encore certain, on pouvait craindre une arthropathie érosive de ses métacarpo-phalangiennes 2 et 3 des deux mains, compatible avec une polyarthrite rhumatoïde.
16. Dans un rapport du 9 mars 2012, les EPI ont retenu comme orientation celle d'opérateur CNC et d'opérateur de qualité. L'assuré avait réussi la session de rattrapage de ses examens, mais en raison des efforts consentis, il ne souhaitait plus continuer dans la filière de contrôleur de qualité. Dès lors la réadaptation dans le domaine de la mécanique de précision était privilégiée, au moyen d'un stage pratique en entreprise de quatre mois.
17. Le même jour, l'OAI a accepté la prise en charge d'un reclassement professionnel en tant que mécanicien de précision auprès de l'entreprise où l'assuré avait effectué son stage d'opérateur CNC/opérateur qualité, du 1^{er} mars au 1^{er} juillet 2012.

18. Le 21 mars 2012, l'assuré a informé l'OAI que l'état de ses mains s'était aggravé. Quant à son stage en entreprise, il a allégué que « la succession de placement et de pseudo-formation » dont il avait bénéficié n'avait d'autre but que de le considérer comme étant capable d'exercer à plein temps une activité adaptée, sans possibilité concrète de retrouver un emploi.
19. Dans un rapport du 10 avril 2012, le Dr C_____ a rappelé que l'assuré souffrait de deux maladies chroniques et évolutives, soit un diabète de type 2 insulino-requérant - pouvant entraîner des complications majeures (infarctus, troubles cardiovasculaires, neuropathies, etc.) - et une probable polyarthrite rhumatoïde évoluant depuis 2008. Le médecin émettait l'avis que l'assuré devrait être reclassé dans un métier impliquant moins de sollicitation des mains et des bras que son activité habituelle. Il a préconisé d'éviter le travail bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, les montées d'échelle ou d'échafaudage et le port de charges de plus de 5 kg.
20. Dans une note interne du 22 juin 2012, l'OAI a relevé qu'à l'issue du stage de mécanicien de précision, l'entreprise aurait engagé l'assuré si elle en avait eu les capacités financières.
21. Dans un rapport du 13 août 2012, le Dr D_____ a rappelé que l'assuré souffrait essentiellement des mains (arthropathies érosives et facteur rhumatoïde deux fois supérieur à la norme, confirmant le diagnostic de probable polyarthrite rhumatoïde érosive). L'assuré ressentait des douleurs dans les mains lorsqu'il effectuait des mouvements de préhension. Au cours de son stage dans le domaine de la mécanique de précision, il avait dû effectuer des activités sollicitant parfois de façon importante ses mains, ce qui avait provoqué des douleurs. L'assuré souffrait également d'une épicondylite du coude droit. A la question de savoir si l'activité proposée était adaptée aux limitations fonctionnelles de son patient, le Dr D_____ a répondu que la maladie touchant de façon prépondérante les mains, on pouvait craindre, à moyen et long terme, des difficultés. Dans l'activité de magasinier dans l'outillage, ou dans toute autre strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était pleine et entière, immédiatement.
22. Le 6 novembre 2012, le Dr H_____, du SMR, a émis l'avis qu'au vu des diagnostics (polyarthrite rhumatoïde, capsulite rétractile des épaules, épicondylite du coude droit et arthrose digitale), il fallait respecter les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les sollicitations répétitives des mains et des épaules, les positions statiques prolongées, le maintien des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, le port de charges de plus de 5 kg et l'utilisation d'escaliers, d'échelles et d'appareils vibrants. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail de l'assuré était de 50% dès le mois d'août 2012. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière, avec une diminution de rendement de 20%. Les mesures d'ordre professionnel avaient retenu l'activité d'opérateur SNC et d'opérateur de qualité mais, dans la mesure où elle impliquait de pratiquer le tournage et le fraisage, cette activité n'était pas adaptée. L'activité déjà pratiquée de

magasinier en outillage, non plus, en raison de la sollicitation de ses membres supérieurs. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 100%, avec une diminution de rendement de 20% pour tenir compte de la nature des limitations et du fait que, malgré le traitement, l'assuré n'était pas complètement asymptomatique (douleurs à la préhension). Le début de l'aptitude à la réadaptation pouvait être fixé au 7 mai 2010, à teneur de l'expertise des Dresses E_____ et F_____ et de l'avis du SMR du 23 novembre 2010.

23. Le 2 avril 2013, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître un degré d'invalidité de 48% dès le 1^{er} août 2010 et de 41% dès le 1^{er} juillet 2012, soit à l'issue de sa formation en tant que mécanicien de précision, lui ouvrant droit à un quart de rente à compter du 1^{er} août 2010.
24. Le 30 avril 2013, l'assuré a contesté ce projet et réclamé l'octroi d'une rente entière au motif que la polyarthrite rhumatoïde dont il souffrait constituait un grave handicap dans son activité professionnelle, que le revenu avec invalidité retenu par l'OAI était totalement fictif et ne tenait pas compte des atteintes à sa santé. Il contestait également le début du droit à la rente.
25. Par décision du 27 juin 2013, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente dès le 1^{er} août 2010.

L'OAI a considéré que la capacité de travail avait été considérablement restreinte depuis août 2009 mais qu'au terme du délai légal de carence d'une année, le 1^{er} août 2010, l'assuré était apte à exercer une activité lucrative à temps complet sur le marché équilibré du travail, sans formation complémentaire, avec une diminution de rendement de 20%. Comparant le revenu qu'aurait alors réalisé l'assuré sans atteinte à sa santé (CHF 81'159.-) à celui qu'il aurait pu obtenir malgré elle (CHF 42'182.- ; tous secteurs confondus pour un homme exerçant une activité simple et répétitive et compte tenu d'une réduction de 20% pour tenir compte de l'âge de l'assuré, de ses années de service et de ses limitations fonctionnelles), l'OAI a obtenu un degré d'invalidité de 48%.

L'OAI a rappelé que des mesures de réadaptation avaient été mises en place dès janvier 2011. Dans ce contexte, l'assuré avait bénéficié d'une formation de mécanicien de précision, ce qui avait permis de consolider sa capacité de gain. En 2012, comparé au revenu avant invalidité (CHF 81'159.-), le revenu d'invalidé (CHF 48'216.- dans le secteur industriel, pour un homme dans une activité de niveau 3, compte tenu d'une diminution de rendement de 20% et d'un abattement supplémentaire de 20% pour tenir compte de son âge, de ses années de service et de ses limitations fonctionnelles) conduisait à un degré d'invalidité de 41%.

Le début du droit à la rente était fixé à août 2010, à l'issue du délai de carence d'une année ayant débuté le 18 août 2009.

26. Par écriture du 2 septembre 2013, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2010.

En substance, le recourant fait valoir qu'il n'est pas contesté que sa capacité à exercer son activité habituelle est désormais nulle.

Il se plaint de la manière dont il a été traité par les EPI, reprochant à ces derniers de ne pas se préoccuper des débouchés professionnels des formations qu'ils dispensent, « le tout pour un coût non négligeable et tout en permettant à certaines entreprises en difficulté de disposer de main d'œuvre bon marché ». Il fait remarquer qu'il a été dirigé vers une formation de mécanicien de précision incompatible avec son état de santé puisqu'il ne peut exercer d'activité répétitive sollicitant ses membres supérieurs. Il en tire la conclusion que le revenu d'invalidé, tel que déterminé par l'intimé, ne repose sur aucune base concrète. Le recourant estime qu'en réalité, il a été « promené » à travers des entreprises et des services durant plusieurs années, « avec pour résultat final un calcul théorique sans lien aucun avec la réalité qui permettrait à l'intimé de lui servir une rente dérisoire, sachant pertinemment qu'il ne pouvait pas exercer l'activité pour laquelle il [est] était supposé avoir été formé. »

Son reclassement n'ayant pas abouti, il estime devoir se voir reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité.

27. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 24 octobre 2013, soutient que son rôle n'est pas d'examiner si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de déterminer si cette personne peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail. Or, il est ressorti de la mesure d'orientation professionnelle que le recourant pourrait être reclassé en tant que mécanicien de précision, activité respectant ses limitations fonctionnelles et acceptée par le recourant. Cette formation a été dispensée pendant une année auprès des EPI et durant quatre mois en entreprise. Les responsables de la formation ont pris en considération ses limitations fonctionnelles, dans la mesure où la formation ne comprenait ni tâches répétitives, ni port de charges supérieures à 5 kg. Le recourant ne s'était d'ailleurs jamais plaint de douleurs physiques.

28. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 21 août 2014.

A cette occasion, le recourant a sollicité un complément d'expertise. Il reproche à l'expertise figurant au dossier de n'avoir pas traité la question de l'origine de ses atteintes mais n'en conteste pas les conclusions.

Selon le recourant, les différentes activités envisagées lors de la réadaptation n'étaient pas adaptées, puisque toutes sollicitaient ses membres supérieurs. Il dispose d'une formation de mécanicien et reproche aux EPI de ne lui avoir dispensé aucune formation supplémentaire qui lui permette de se réadapter dans une activité professionnelle mieux adaptée à son état.

L'intimé estime pour sa part que, même s'il n'y a pas eu de formation théorique approfondie, le recourant a bénéficié d'une formation pratique (mécanique de précision et qualité). C'est lui qui n'a pas souhaité donner suite à la formation de contrôleur de qualité qui lui était suggérée.

Ce à quoi le recourant a répondu que s'il a renoncé à continuer après avoir réussi le premier stade de cette formation, c'est parce qu'aucune issue concrète ne paraissait se présenter, non par mauvaise volonté.

La cause a été gardée à juger à l'issue de l'audience.

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 depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2008 (5^{ème} révision) jusqu'au 31 décembre 2011 et après le 1^{er} janvier 2012 (révision 6a), en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329 et ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient de préciser que ces nouvelles introduites par la 5^{ème} révision et la révision 6a de la LAI n'ont pas amené de

modifications substantielles en matière d'évaluation du degré d'invalidité (arrêt du Tribunal administratif fédéral I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322) et de conditions d'octroi générales des mesures de réadaptation (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316 ; message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [6^e révision, premier volet] du 24 février 2010, FF 2010 1647, p. 1648 à 1650).

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 (art. 56ss et 38 al. 1 et 4 let. b LPGA).
5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une mesure de reclassement, plus particulièrement sur la détermination de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le calcul de son degré d'invalidité et son droit éventuel à de nouvelles mesures professionnelles.
6. En vertu de l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (al. 1 let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (al. 1 let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1 let. c). 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 (al. 2).

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^{er} 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 administratif fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. 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).

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

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

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475; 126 V 75 consid. 3b/aa p. 76 et les références). 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 p. 323). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (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 (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).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2).

A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

8. 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).

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

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

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant

donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. 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).
10. 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 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

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'intimé considère que la capacité de travail du recourant est restreinte dans son activité habituelle et totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis mai 2010, avec une diminution de rendement de 20% depuis août 2012. Pour parvenir à cette conclusion, l'intimé se fonde sur l'expertise des Dresses E_____ et F_____ et sur l'avis du Dr H_____ du SMR du 6 novembre 2012, lui-même fondé sur le rapport du Dr D_____ du 13 août 2012, pour la période postérieure au mois d'août 2012.

Quant au recourant, il sollicite l'octroi d'une rente entière d'invalidité et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, afin d'éclaircir les origines des atteintes à sa santé et de déterminer quelles activités professionnelles sont adaptées à son état.

A titre liminaire, il convient de relever que le dossier contient suffisamment d'éléments permettant de se déterminer sur l'état de santé du recourant et sa capacité de travail. Dès lors, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire n'est pas utile à la résolution du litige et la demande du recourant y relative doit être rejetée. D'autant que le recourant ne conteste ni les rapports des Dr H_____ et D_____, ni les conclusions de l'expertise des Dresses E_____ et F_____. A juste titre, puisque l'expertise répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante : elle se fonde sur un examen du recourant, des examens complémentaires et l'étude de son dossier médical ; elle comprend une anamnèse, une description de l'évolution de la maladie, relate les plaintes de l'assuré et indique les constats objectifs des experts ; les diagnostics sont clairs et cohérents, les conclusions quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles bien motivées ; enfin, l'appréciation du cas permet de comprendre les troubles dont souffre le recourant et leurs conséquences sur sa capacité de travail.

Il est établi que l'état des mains du recourant s'est aggravé, ce qui a conduit l'intimé à requérir des rapports complémentaires en 2012. Dans la mesure où le

rapport du Dr H_____ se fonde sur celui du Dr D_____, l'un des médecins traitants de l'assuré, il apparaît que ces deux médecins apprécient le cas du recourant de manière similaire. Les conclusions du Dr H_____ quant à la capacité de travail apparaissent mêmes plus favorables au recourant.

Bien que les rapports des Drs H_____ et D_____ soient brefs, ils sont clairs et permettent de comprendre la nature des atteintes à la santé du recourant et leurs effets sur sa capacité de travail. Par ailleurs, leurs conclusions sont cohérentes avec le dossier médical et les constatations faites durant les mesures d'orientation et de reclassement et les stages effectués par le recourant.

Par ailleurs, aucun élément au dossier ne permet de remettre en cause leur appréciation du cas, étant précisé que les rapports du Dr C_____ sont trop peu motivés pour permettre d'en reprendre les conclusions, lesquelles sont en contradiction avec celles des autres médecins consultés, notamment en matière de diabète.

Ainsi, il convient de retenir que, de mai 2010 à juillet 2012, la capacité de travail du recourant était de 100% dans son activité habituelle, avec une diminution de rendement de 30 à 40%, et de 100% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Depuis août 2012, la capacité de travail est de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 20%.

La décision querellée étant conforme à ces conclusions, elle doit être confirmée sur ce point.

12. Le recourant conteste également le calcul de son degré d'invalidité, estimant que le revenu d'invalidité retenu par l'intimé ne repose sur aucune base concrète et ne tient pas compte de ses limitations fonctionnelles, en l'occurrence de son incapacité d'effectuer des tâches répétitives en raison de l'état de ses mains.

Au préalable, il convient de relever que le recourant n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis août 2009. L'intimé était donc légitimé à se fonder sur des bases statistiques pour établir le revenu avec invalidité, en vertu des principes jurisprudentiels applicables.

Entre août 2010 et la fin des mesures d'ordre professionnel, en juillet 2012, l'intimé a déterminé le revenu avec invalidité du recourant en prenant en compte le revenu statistique tel qu'il ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; TA1) pour un homme exerçant une activité professionnelle de niveau 4 (activités simples et répétitives), tous secteurs confondus. Ce choix de salaire statistique apparaît fondé dans la mesure où, durant cette période, le recourant n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de manière pleine et entière et n'avait pas encore été mis au bénéfice de mesures d'ordre professionnel.

Contrairement à ce que soutient le recourant, le caractère répétitif des activités de niveau 4 de l'ESS ne saurait être compris dans son sens littéral. En effet, la notion

d'activités « simples et répétitives » doit être comprise en ce sens qu'un faible niveau de qualification est requis pour exercer les professions en question. Si certaines professions envisagées impliquent vraisemblablement une répétition de mouvements contre-indiquée pour le recourant, on ne saurait considérer l'ensemble des activités de niveau 4 comme inadaptées à l'état de santé de l'intéressé. A cet égard, il sied de relever qu'à réitérées reprises, le Tribunal fédéral a jugé que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, pour qu'on puisse convenir qu'un nombre significatif est adapté aux limitations telles que présentées par l'assuré et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

En ce qui concerne la période débutant en août 2012 - soit à l'issue des mesures de réadaptation professionnelle -, l'intimé a déterminé le revenu avec invalidité du recourant en prenant en compte le revenu statistique tel qu'il ressort des ESS (TA1 et non TA7 comme indiqué par erreur) pour un homme exerçant une activité professionnelle de niveau 3 (connaissances professionnelles spécialisées), dans le secteur de la production (2).

En l'occurrence, c'est à juste titre que l'intimé s'est écarté du salaire statistique général pour se référer à une activité de niveau 3 dans le secteur de la production, étant donné que le recourant a évolué dans ce secteur professionnel durant toute sa carrière et que ce type d'activité apparaît tout à fait adapté à ses compétences et aux mesures de réadaptation professionnelle mises en œuvre.

Compte tenu de ce qui précède, rien ne permet à la chambre de céans de considérer que les revenus avec invalidité retenus par l'intimé sont erronés.

13. Enfin, le recourant conteste l'efficacité de la mesure de reclassement professionnel dont il a bénéficié. Selon lui, non seulement ce reclassement ne lui a offert aucun débouché sur le marché du travail, mais sa formation en tant qu'opérateur-qualité n'a pas été achevée. En outre, les professions proposées ne respectaient pas ses limitations fonctionnelles.

a) En principe, une perte de gain de 20% environ ouvre droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités).

b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main

d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

14. En l'espèce, le recourant présente un degré d'invalidité largement supérieur à 20%, de sorte que l'intimé lui a octroyé une mesure d'orientation professionnelle et une mesure de reclassement.

Il ressort du dossier que le recourant a été mis au bénéfice d'une formation d'opérateur-qualité par l'intimé sous la forme de cours théoriques et d'un stage en entreprise. Après avoir réussi les examens portant sur le volet théorique de sa formation, le recourant n'a pas souhaité continué dans cette voie, faute de débouchés dans la branche, selon lui. Sa formation a donc été orientée vers la mécanique de précision au moyen d'un stage en entreprise de 4 mois, qui s'est achevé en juillet 2012.

Cela étant, on ne saurait reprocher à l'intimé le fait que la formation d'opérateur-qualité n'ait pas été achevée, son interruption étant du fait du recourant, ce que ce dernier a confirmé lors de l'audience de comparution personnelle des parties. Quant à la formation de mécanicien de précision, elle a belle et bien été achevée, à l'issue des cours théoriques suivis auprès des EPI et d'une période de 4 mois de stage pratique en entreprise.

La société auprès de laquelle le recourant a effectué ses stages d'opérateur-qualité et de mécanicien de précision avait la volonté de l'engager dans chacune de ces professions, à l'issue desdits stages, mais n'a pu le faire, faute de moyens. Dès lors, le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il soutient que les formations qui lui ont été dispensées sont sans débouchés. En tout état de cause, il n'est pas de la compétence de l'intimé – mais de celle de l'assurance-chômage – de déterminer dans quelle mesure le recourant pourrait concrètement trouver un emploi sur le marché du travail.

Quant à la compatibilité des métiers vers lesquels le recourant a été orienté au vu de ses limitations fonctionnelles, il apparaît, à la lumière des conclusions du Dr H_____, que l'activité d'opérateur-qualité n'est pas entièrement adaptée à l'état de santé du recourant – même si, lors de son stage en entreprise, celui-ci n'a jamais fait état de douleurs en lien avec son activité. En revanche, rien ne permet de conclure que le métier de mécanicien de précision est inadapté aux limitations fonctionnelles du recourant, bien au contraire. En effet, ce dernier a pu mettre en œuvre une pleine capacité de travail durant son stage en entreprise de quatre mois, sans difficultés notables sur le plan physique. A cet égard, les réserves émises par le

Dr D_____ ne sont pas motivées et sont fondées sur les plaintes du recourant par ailleurs postérieures à la fin du stage de mécanicien de précision.

Compte tenu de ces éléments, les griefs du recourant à l'égard de la mesure de reclassement dont il a bénéficié doivent être écartés.

15. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.
16. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**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 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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