

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3081/2016

ATAS/582/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 juin 2017

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Madame B_____, aux
ACACIAS, représenté par le CENTRE DE CONTACT SUISSES-
IMMIGRÉS GENÈVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____1971 et de nationalité péruvienne, a été engagé dès le 1^{er} octobre 2012, à plein temps, par le restaurant C_____ SA, à Genève, et a été, à ce titre, assuré pour les accidents professionnels et non professionnels par Bâloise assurance SA (ci-après : la Bâloise ou l'intimée).
2. Le 4 octobre 2012, l'assuré s'est coupé avec un couteau deux doigts de la main gauche sur sa place de travail.
3. Le formulaire d'annonce de l'accident à la Bâloise du 7 novembre 2012 mentionne que l'employé était engagé comme cuisinier par C_____ SA pour un salaire de CHF 3'500.-, versé 13 fois l'an.
4. La doctoresse D_____, médecin interne, du service de médecine de premier recours aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a informé la Bâloise, le 12 décembre 2012, avoir donné les premiers soins à l'assuré, qui était en incapacité de travail dès le 4 octobre 2012.
5. L'assuré a déclaré, lors d'une entrevue avec un collaborateur de la Bâloise du 17 juin 2013, être cuisinier de formation et avoir passé le diplôme en France. Il avait été engagé comme cuisinier par C_____ SA (gastronomie italienne), dès le 1^{er} octobre 2012, pour un salaire de CHF 3'900.- brut (x 12). Il était droitier et s'était blessé à l'index de la main gauche en procédant à l'affûtage d'un couteau.
6. Le 1^{er} octobre 2013, la Bâloise a informé l'assuré avoir désigné le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, comme expert pour faire un bilan précis de son état de santé.
7. Dans son rapport d'expertise du 16 octobre 2013, le Dr E_____ a posé les diagnostics de : algoneurodystrophie de Sudeck de la main gauche et status après section partielle des extenseurs de la face dorso-radiale de l'IPP de l'index gauche le 4 octobre 2012, suturée en urgence, en lien de causalité avec l'accident du 4 octobre 2012, avec un degré de vraisemblance prépondérante avoisinant la certitude, sans intervention de facteur étranger préexistant ni intercurrent dans l'évolution du cas. Le *status quo sine* de l'accident n'était pas encore rétabli et ne le serait peut-être plus jamais dans le cadre de la persistance d'une limitation fonctionnelle plus ou moins douloureuse de l'index gauche. Actuellement, la main gauche était inutilisable professionnellement, ce qui compromettrait toute activité bimanuelle telle que celle de cuisinier. Seule une activité monomanuelle droite était pour l'instant exigible. Théoriquement, un travail adapté, qui respectait ces conditions pouvait être fourni avec un rendement complet. L'expert pensait à un travail administratif dans l'industrie alimentaire ou hôtelière permettant à l'assuré d'utiliser ses ressources et son expérience professionnelle dans ces domaines. Sa maîtrise du français semblait suffisante pour qu'il puisse s'occuper de travaux administratifs simples, tels que la gestion de stocks et de commandes en utilisant essentiellement la main droite pour manipuler une souris d'ordinateur, un clavier ou

un téléphone. Il était possible que de tels emplois existent dans l'industrie légère, le catering ou l'hôtellerie, sans nécessité de longues reconversions professionnelles. L'algoneurodystrophie de Sudeck était encore en phase active, de sorte qu'il était difficile d'émettre un pronostic précis sur la capacité de travail. Compte tenu de la vitesse à laquelle l'évolution s'était faite jusque-là, on pouvait estimer que les douleurs allaient encore progressivement régresser d'ici la fin de l'année suivante. Il persisterait vraisemblablement une certaine limitation fonctionnelle avec une raideur plus ou moins sensible de l'index gauche et une diminution de la force et de l'habileté manuelle gauche. Il n'y avait aucune garantie que l'expertisé puisse un jour reprendre son travail de cuisinier, de sorte qu'il était impératif d'envisager sans attendre une reconversion professionnelle. Une telle reconversion semblait également indispensable sur le plan psychique, car le désœuvrement ne faisait que péjorer l'angoisse et l'évolution de l'algoneurodystrophie. Le traitement médical actuel (Lirica, opiacés, physiothérapie, ergothérapie et soutien psychologique) était adéquat et devait être poursuivi.

8. L'assuré a fait une demande de prestations à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) le 28 mars 2014, indiquant, notamment, avoir fréquenté une école hôtelière au Pérou et l'école Schultz à Genève, avoir obtenu un diplôme de cuisine et pâtisserie à Paris et avoir été engagé comme cuisinier par C_____ SA pour un revenu mensuel brut de CHF 3'000.-.

À l'appui de sa demande, il a produit :

- un diplôme de cuisine et de pâtisserie décerné par la fondation Le Cordon bleu, le 11 mars 2005, à Paris;
 - un diplôme de français, degré moyen et mention bien, décerné le 18 décembre 2002 par l'école Schultz, à Genève.
9. La doctoresse F_____ a informé la Bâloise, par rapport du 26 juin 2014, que l'assuré ne pouvait pas reprendre son travail. Une activité monomanuelle droite pourrait influencer positivement sa capacité de travail. Il fallait s'attendre à des séquelles à long terme, soit une raideur dans les doigts, le poignet, le coude, l'épaule gauche et une douleur persistante « mot illisible ».
10. Lors d'un entretien avec le gestionnaire de l'OAI du 3 juillet 2014, l'assuré a indiqué avoir travaillé au Pérou dès la fin de sa scolarité obligatoire en tant qu'aide de cuisine, puis avoir suivi une formation en hôtellerie et restauration entre 1999 et 2002. Il était ensuite venu en Suisse et avait travaillé en tant que cuisinier chez des privés. Entre 2003 et 2005, il s'était rendu à Paris, où il avait obtenu son diplôme de cuisine et pâtisserie. Il avait effectué deux stages dans des hôtels parisiens et était revenu en Suisse en 2006. Il avait trouvé rapidement un emploi d'aide de cuisine qu'il avait conservé deux ans. Après un rapide passage auprès d'un autre employeur, il avait été engagé en tant que cuisinier au sein d'un pub en 2009. Fin 2012, il avait rejoint son dernier employeur en tant qu'aide de cuisine. Son dernier emploi était celui d'aide de cuisine à 100%. S'agissant de son dernier salaire, le

montant de CHF 3'000.- avait été évoqué oralement. L'assuré n'avait jamais reçu un salaire entier, car il avait été victime de son accident après quatre jours d'activité et son employeur ne lui avait rien versé à ce jour. Le gestionnaire de l'OAI précisait que la faillite de C_____ SA avait été prononcée le 16 décembre 2013.

11. Dans son curriculum vitae, l'assuré mentionne être cuisinier diplômé et avoir été engagé par le restaurant C_____ à Genève de janvier 2007 à novembre 2008, par le restaurant le G_____ d, à Genève de novembre 2008 à février 2009 et par le pub H_____, à Genève, de février 2009 à juin 2012.
12. Le restaurant Vivendo a indiqué dans un certificat de travail du 14 novembre 2008 que l'assuré avait été engagé en qualité d'aide de cuisine, puis de demi chef de partie (trois mois) du 1^{er} janvier 2007 au 13 novembre 2008. Il avait donné satisfaction dans l'exécution de son travail.
13. Le G_____ a indiqué dans un certificat de travail du 9 janvier 2009 que l'assuré était entré à son service en qualité de commis de cuisine à plein temps du 21 novembre 2008 au 9 janvier 2009.
14. L'institut Saint-Martin du Pérou a certifié le 1^{er} février 2002 que l'assuré avait terminé des études d'administration touristique et hôtelière, avec mention en gestion hôtelière.
15. Le 17 juillet 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais pour un programme « Prendre soin de soi » auprès de Career consultants, précisant que, durant la période d'intervention précoce, le droit à l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité n'était pas ouvert.
16. Le 21 août 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais pour un cours de français auprès de « Français Pour Tous » du 10 octobre au 28 novembre 2014.
17. Le 3 octobre 2014, la Bâloise a demandé au Dr E_____ de compléter son expertise.
18. À teneur d'un bilan de compétences du 5 novembre 2014, établi par Career consultants, à la demande d'un conseiller en réadaptation professionnelle à l'OAI, deux types d'activités correspondaient à l'assuré, tenant compte de ses acquis, de sa polyvalence ainsi que de son envie d'exercer des responsabilités et de gérer des petites équipes : employé administratif ou de responsable d'un secteur traiteur dans un restaurant collectif, d'entreprise ou en association. Ces deux options ne nécessitaient pas d'effectuer de formation.
19. Selon un rapport du 27 novembre 2014, l'assuré avait terminé sa formation en français. Les révisions entreprises concernant les éléments grammaticaux et de syntaxe problématiques avaient porté leurs fruits. Des acquis solides permettaient à l'assuré de s'exprimer avec plus d'aisance et de rédiger dans une langue très compréhensible des textes personnels de niveau B1 bien structurés. Vu

l'implication et les bons progrès de cet apprenant, il lui était recommandé de maintenir l'effort sur le français écrit.

20. Le Dr E_____ a indiqué dans son rapport du 17 février 2015 que l'évolution du cas de l'expertisé était globalement défavorable avec une aggravation de la limitation fonctionnelle du pouce et de l'index gauche et la persistance d'un syndrome douloureux du membre supérieur gauche et des signes encore tout à fait nets d'algoneurodystrophie de Sudeck. L'« IPP » de l'index gauche s'était fusionné spontanément dans le courant de l'année 2014. Le *status quo sine* de l'accident du 14 octobre 2012 n'était pas encore rétabli et ne le serait peut-être plus jamais. L'algoneurodystrophie de Sudeck était encore en phase d'état, de sorte qu'il était difficile d'émettre un pronostic précis.
21. Dans un rapport du 24 février 2015, la doctoresse I_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a indiqué, après avoir résumé le rapport d'expertise du Dr E_____ du 16 octobre 2013, que celui-ci avait estimé que la situation de l'assuré n'était pas encore stabilisée, mais qu'il gardait une capacité de travail entière, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée. Une nouvelle évaluation par le Dr E_____ avait eu lieu le 9 janvier 2015, mais elle ne disposait pas encore de son nouveau rapport. La Dresse I_____ retenait en conclusion que la situation de l'assuré n'était pas stabilisée tant du point de vue somatique que psychiatrique et que sa capacité de travail restait nulle dans toute activité depuis le 4 octobre 2012.
22. Dans un rapport du 15 septembre 2015, la Dresse I_____ a indiqué, que d'un point de vue somatique seule une activité adaptée monomanuelle droite était encore exigible à 100% avec un rendement complet depuis le 16 octobre 2013. L'activité habituelle de cuisinier n'était plus exigible depuis le 4 octobre 2012. Elle relevait que le psychiatre de l'assuré doutait de la bonne compliance de son patient à son traitement, sur le plan psychiatrique, et qu'il était ainsi difficile de juger si l'absence d'amélioration clinique était imputable à un manque de collaboration de l'assuré ou à la gravité de sa psychopathologie, qui serait réfractaire au traitement. Si la situation somatique semblait désormais claire, ce n'était pas le cas de l'atteinte psychiatrique, raison pour laquelle elle préconisait l'établissement d'une expertise psychiatrique.
23. Le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a informé la Bâloise, le 9 octobre 2015, que son patient était âgé de 44 ans, péruvien, et qu'il résidait en Suisse depuis environ seize ans. Il était cuisinier indépendant, marié avec une paraguayenne et père d'un fils de 5 ans. Le patient était connu pour des affections psychiatriques. Il avait consulté un psychiatre en 2008 d'une manière irrégulière pendant deux ans et avait eu un traitement de Cipralex. Depuis juin 2014, il avait été suivi par un autre psychiatre, le docteur K_____. Ce dernier lui avait prescrit du Seroquel, que le patient disait avoir mal supporté. D'après le patient, ses symptomatologies anxio-dépressives avaient commencé depuis son accident de travail en 2012 et s'étaient aggravées depuis environ un an. Il était très

méfiant et présentait parfois des délires de type persécutoire. Les diagnostics étaient : trouble anxieux et dépressif mixte; trouble délirant; trouble de la personnalité, sans précision. Le patient était en arrêt de travail depuis l'accident. Jusqu'à présent et du point de vue psychiatrique, il était totalement incapable de travailler.

24. Le 26 octobre 2015, la Bâloise a informé l'assuré qu'elle souhaitait mettre en œuvre deux expertises médicales, en chirurgie orthopédique et en psychiatrie, et qu'elle avait désigné pour y procéder le Dr E_____ et le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
25. Le docteur M_____, médecin chef de clinique, service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, unité de la chirurgie de la main et des nerfs périphériques des HUG, a informé la Bâloise, le 30 novembre 2015, avoir vu pour la première fois l'assuré le 26 novembre 2015, lequel avait été suivi précédemment par le docteur N_____, chef de clinique au même service. Le patient était maintenant suivi depuis trois ans par les HUG avec un « CRPS » complexe de l'index gauche non évolutif et toujours douloureux. Il semblait illusoire d'espérer une amélioration à court ou moyen terme par les techniques d'ergothérapie/physiothérapie entreprises jusque-là. Aucune intervention de leur part ne serait proposée par la suite, tant que persisterait cette symptomatologie. Face à une telle impasse médico-chirurgicale et après discussion multidisciplinaire, une approche globale par des séances de psychomotricité était recommandée.
26. Dans son rapport du 20 janvier 2016, le Dr E_____ a indiqué avoir examiné l'assuré le 15 janvier 2016. Il a constaté que, contrairement à ce qu'il avait préconisé, rien n'avait été entrepris pour une reconversion professionnelle rapide et que l'expertisé restait depuis une année dans l'attente d'être contacté par l'OAI. Le traitement d'ergothérapie avait été remplacé par de la physiothérapie que l'expertisé poursuivait à raison d'une à deux séances par semaine. Globalement, l'expertisé estimait que seule l'intensité des douleurs avait régressé, mais que sa main gauche restait inutilisable professionnellement. Il présentait toujours un faciès dépressif, mais moins marqué que l'année précédente. Il n'y avait toujours aucune mobilité active de l'index gauche. L'expert avait examiné la mobilité des autres doigts de la main gauche et établi la force de préhension « pince digito-palmaire 0.5 kg à gauche et 20 kg à droite; pince pollici-digitale 1.5 kg à gauche et 6.5 kg à droite ». Le *status quo sine* de l'accident du 4 octobre 2012 ne serait plus jamais atteint et les séquelles actuelles devaient être considérées comme définitives. La main gauche était définitivement inutilisable dans la profession de cuisinier ainsi que dans toute autre activité professionnelle nécessitant l'usage conjoint des deux mains. Seule une activité professionnelle monomanuelle droite était envisageable. L'état de santé actuel allait probablement persister de façon stationnaire. Les séquelles définitives correspondaient à la perte fonctionnelle totale de l'index gauche et très partiellement du reste de la main gauche, de sorte qu'il fallait retenir au total un

taux d'atteinte à l'intégrité correspondant à 1/5 de la valeur de la main gauche, soit 1/5 de 40% = 8% de la valeur du corps entier (figure 43, p. 3.6 de la Suva).

27. À teneur du rapport du Dr L_____ du 18 février 2016, l'expertise avait été établie sur la base d'un entretien avec l'assuré, le 19 janvier 2016, de tests psychométriques et du dossier. L'assuré avait déclaré se sentir essentiellement limité par ses douleurs au niveau du doigt. Il était très inquiet concernant sa situation précaire en Suisse, puisqu'il n'était pas en possession d'un permis de séjour. Depuis 2008, l'assuré s'était vu signifier plusieurs ordonnances de renvoi dans son pays, auxquelles il avait fait recours. Sa compagne était dans la même situation. À l'époque, l'assuré avait brièvement consulté un psychiatre, car il se sentait un peu anxieux et perdu face à sa situation. Il vivait dans un trois pièces et demie et s'occupait de son fils, qu'il emmenait à l'école et allait rechercher. Il s'amusait avec ce dernier, lisait et regardait la télévision. Il aidait sa compagne pour les tâches domestiques et les commissions. Le week-end, la famille allait souvent chez la tante de l'assuré, qui avait des enfants avec lesquels son fils pouvait jouer. Lors de l'examen clinique, l'assuré s'était présenté de façon ponctuelle au rendez-vous. Il s'était montré courtois et avait répondu de manière claire et précise aux questions posées. Durant presque tout l'entretien, il avait adopté une posture d'exclusion du bras gauche. Sinon, il ne paraissait pas algique ou limité dans ses autres mouvements. En fin d'entretien, il avait pu mobiliser sans difficulté apparente son bras gauche pour montrer à l'expert l'immobilisation de sa deuxième « IPP ». Il n'était pas quérulent ou revendicateur. Il s'exprimait relativement bien en français avec un léger accent espagnol. Son intelligence était normale et son jugement et son raisonnement conservés. Actuellement, il n'y avait pas de dépressivité marquée dans le sens d'une anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme. Il existait une légère fluctuation de l'humeur et une certaine anxiété qui étaient attribuées, pour l'essentiel, à l'incertitude de sa situation administrative. Les diagnostics posés étaient : trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, chronique, de gravité légère ; éventuel trouble somatoforme douloureux. Aucun diagnostic n'avait de répercussion sur la capacité de travail. Une certaine tendance à la dramatisation était relevée par l'expert, laquelle s'expliquait par le contexte psychosocial difficile. En effet, la maladie semblait apporter des solutions à des problèmes de réalité face à un facteur de stress durable, représenté par les différentes menaces de renvoi dans son pays dont l'assuré était toujours l'objet. Dans ce cas, on pouvait parler probablement d'une légère sursimulation de nombreux symptômes, terme qui désignait l'existence d'un fond pathologique réel exagéré pour les besoins de la cause. Quand on parlait d'une amplification de symptômes, il s'agissait d'une appréciation qui se fondait sur plusieurs critères qui, pris dans leur ensemble, confirmaient cette hypothèse.

S'agissant de la causalité naturelle, l'événement accidentel devait être considéré comme de gravité tout au plus mineure, et ne pouvait dès lors entraîner un état de stress post-traumatique, qui n'avait d'ailleurs pas été diagnostiqué. L'assuré avait

peut-être présenté une aggravation passagère de l'état anxio-dépressif latent, autrement dit un trouble de l'adaptation. Des conséquences pouvaient s'étendre sur un grand maximum de six mois. Par la suite, si ce n'était déjà avant, trop de particularités secondaires à l'événement intervenaient, tels des facteurs psychosociaux et administratifs, qui le reléguaient au second plan.

28. Le 10 mars 2016, le docteur O_____, du SMR, se fondant sur l'expertise du Dr E_____ du 16 octobre 2013, a considéré que l'assuré avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, depuis le 16 octobre 2013.
29. Le 11 mars 2016, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Il relevait qu'il était compliqué dans le cas d'espèce de déterminer avec précision le revenu sans invalidité, au vu des différents emplois exercés. Dans ce cas, il y avait lieu de se baser sur les ESS 2013, TA1 pour un homme exerçant une activité de niveau 4 à 100%. En ce qui concernait le revenu avec invalidité, dans la mesure où l'assuré avait une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée, l'OAI s'était basé sur les mêmes données que pour l'évaluation du revenu sans invalidité. Il lui avait accordé une réduction supplémentaire de 10% en tenant compte des limitations fonctionnelles. Le degré d'invalidité retenu était ainsi de 10%. À titre indicatif, il relevait que le revenu estimé était largement supérieur à tous les revenus qu'il avait perçus durant sa carrière professionnelle. Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.
30. Par décision du 21 avril 2016, la Bâloise a dit que le *statu quo sine* avait été atteint six mois au plus tard après l'événement accidentel du 4 octobre 2012, du point de vue psychiatrique. Le versement des indemnités journalières et des frais médicaux cesseraient au 30 avril 2016, date correspondant à la stabilisation de l'état de santé de l'assuré. La capacité de travail exigible dans une activité adaptée, s'élevait à 100% avec un rendement complet, en tenant compte de la limitation fonctionnelle, soit une profession monomanuelle. L'OAI avait retenu dans son projet du 11 mars 2016 un degré d'invalidité de 10%. La Bâloise ne pouvait se rallier à cette décision, car l'OAI n'avait pas clairement pris position sur le gain de valide. S'agissant du revenu sans invalidité, au moment de l'accident, l'assuré réalisait un revenu annuel de CHF 45'500.- (CHF 3'500.- x 13). Il y avait lieu de tenir compte de l'évolution des salaires nominaux (2013 : + 0.3%; 2014 : +1.1%; 2015 : + 0.5% selon l'indice des salaires nominaux et réels, 2011-2014, tableau T1.10, branches 55-56, et l'estimation trimestrielle de l'évolution des salaires nominaux, troisième estimation 2015, Office fédéral de la statistique). Le revenu ainsi obtenu était de CHF 46'370.-. S'agissant du revenu d'invalidité, on devait admettre sur la base de l'expertise du Dr P_____ (recte : E_____) qu'une activité respectant les limitations fonctionnelles était raisonnablement exigible à 100%, pour les seules suites de l'accident du 4 octobre 2012. Le Dr E_____ considérait que l'assuré pourrait travailler avec un rendement complet dans un poste administratif dans l'industrie alimentaire ou hôtelière. Il convenait de se référer à la statistique des salaires bruts

standardisés, en se fondant sur la valeur centrale. Ce type d'activités professionnelles ne nécessitait pas de réadaptation et était dès lors exigible dans le cas d'espèce. En 2012, ce salaire de statistique s'élevait à CHF 5'210.- par mois (ESS 2012, tableau TA1, niveau de qualification 1), soit un revenu annuel de CHF 62'520.-, part du 13^{ème} salaire comprise. Ce salaire devait être adapté à l'horaire de travail de 41.7 heures en 2012 et indexé à 2016 (2013 : + 0.7%; 2014 : +0.8%; 2015 : + 0.5% selon l'indice des salaires nominaux et réels, 2011-2014, tableau T1.10 et l'estimation trimestrielle de l'évolution des salaires nominaux, troisième estimation 2015, Office fédéral de la statistique). Le revenu exigible ainsi obtenu s'élevait à CHF 66'490.-. En tenant compte d'un abattement de 10%, le revenu annuel d'invalidé s'élevait à CHF 59'841.-. Le revenu exigible était ainsi supérieur au revenu sans invalidité (CHF 46'370.-) et par conséquent le taux d'invalidité était inférieur à 10%, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité du point de vue de l'assurance-accidents.

31. Le 22 avril 2016, l'assuré a formé opposition au projet de décision de l'OAI et conclu à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée du 1^{er} septembre 2014 jusqu'à ce que sa capacité de travail soit évaluée de manière concrète au moyen de stages d'observation professionnelle et, le cas échéant, d'une formation complémentaire à charge de l'assurance-invalidité.
32. Le 20 mai 2016, l'assuré a formé opposition à la décision de refus de rente d'invalidité de la Bâloise.
33. Par décision sur opposition du 27 juillet 2016, la Bâloise a rejeté l'opposition de l'assuré, lequel a recouru contre cette décision devant la chambre de céans.
34. Le 16 août 2016, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Les éléments produits ne lui permettaient pas de modifier sa précédente appréciation. Seule une aide au placement pouvait être octroyée sur demande écrite et motivée de l'assuré.
35. Le 15 septembre 2016, l'assuré a recouru devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision rendue le 16 août 2016 par l'OAI. Il estimait que la date de reprise d'une éventuelle activité professionnelle adaptée était erronée et que le degré d'invalidité était incorrect.

L'OAI avait considéré qu'il aurait pu reprendre une activité adaptée depuis le mois d'octobre 2013 déjà. Or, à cette date, il présentait une incapacité totale de travailler, confirmée par le Dr E_____. La première expertise effectuée par ce dernier le 14 octobre 2013 mentionnait que sa main gauche était inutilisable professionnellement et que toute activité bimanuelle était exclue. Théoriquement, il pouvait reprendre un travail monomanuel avec un rendement complet. Ceci était cependant en contradiction avec le fait que ce même médecin estimait qu'un traitement médical d'une durée d'une année au moins était encore nécessaire pour atténuer les douleurs. Des opiacés étaient d'ailleurs prescrits ainsi que de la physiothérapie, de l'ergothérapie et un soutien psychologique. On voyait

difficilement comment, au vu des traitements qui étaient prescrits, il aurait pu reprendre une activité adaptée dès le mois d'octobre 2013 à plein temps.

Dans le second rapport d'expertise du Dr E_____ du 9 janvier 2015, il était mentionné que son index gauche avait un aspect nettement dystrophique de même qu'une partie du pouce et que toute la main gauche présentait une sudation exagérée remontant jusqu'au poignet. L'expert relevait donc une évolution globalement défavorable avec une aggravation de la limitation fonctionnelle du pouce et de l'index gauches ainsi que la persistance d'un syndrome douloureux du membre supérieur gauche avec des signes encore tout à fait nets d'algoneurodystrophie de Sudeck. Il préconisait les mêmes traitements que ceux qui figuraient dans sa première expertise pour une durée prévisible d'une année encore. Dans ces conditions une reprise d'une activité adaptée à plein temps semblait également peu réaliste, malgré le fait que l'expert réitérait sa proposition d'une activité monomanuelle pour des travaux administratifs simples dans l'industrie légère, le catering ou l'hôtellerie. À la suite de ce deuxième rapport, l'assurance-accidents avait poursuivi le versement des indemnités journalières pleines pour une incapacité totale de travailler.

Selon l'expert-psychiatre, l'état psychologique de l'assuré était plutôt lié à sa situation précaire au niveau de son statut de séjour qu'à l'événement assuré. À ce titre, une demande de réexamen de son dossier était actuellement en cours auprès des autorités compétentes et l'assuré ne se trouvait donc pas sous la menace d'un renvoi à l'heure actuelle.

La date retenue par l'assurance-invalidité pour la reprise d'une activité adaptée à 100%, fixée au mois d'octobre 2013, était erronée car elle ne tenait pas compte de la situation médicale prévalant à l'époque et était démentie par le rapport de la Dresse I_____ du 24 février 2015. La date de reprise d'une activité adaptée ne pouvait pas encore être déterminée.

Le degré d'invalidité de l'assuré ne pouvait être fixé pour l'instant, car l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé lorsqu'il avait bénéficié des mesures de détection précoce, qui n'avaient permis qu'à définir des activités éventuellement compatibles avec ses intérêts et ses capacités. Pour pouvoir être suivies d'effet, ces pistes devraient être approfondies au moyen de stages d'observation puisque l'état de santé de l'assuré semblait actuellement stabilisé.

D'autre part, l'assuré cumulait différents handicaps : celui de ne pouvoir travailler qu'avec une seule main, ce qui réduisait fortement les activités qu'il pouvait réaliser, y compris dans le domaine administratif, sans une certaine adaptation du poste de travail, car s'il était possible d'utiliser un ordinateur de manière monomanuelle, le travail en était toutefois ralenti. Ce handicap le désavantageait également aux yeux des employeurs potentiels, sans parler du manque d'expérience dans les domaines retenus, puisque l'assuré avait toujours travaillé en qualité de cuisinier. Par ailleurs, le fait qu'il ne disposait pas encore de permis de séjour et de

travail le désavantageait également sur le marché de l'emploi, puisqu'il devrait trouver un employeur disposé à effectuer une demande de permis de travail pour lui. Ainsi l'abattement de 10% que l'assurance-invalidité avait effectué sur le revenu avec invalidité était sous-estimé et c'était un abattement de 25% qui devait être octroyé. Le salaire d'invalidité était par ailleurs impossible à déterminer actuellement puisque le salaire statistique retenu par l'OAI, à savoir l'ESS 2013 TA1 niveau 4 comprenait une palette d'activités manuelles incompatibles avec ses limitations fonctionnelles. En conclusions, le recourant concluait à l'annulation de la décision de l'OAI du 16 août 2016 et à ce que la chambre de céans dise qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2014 et ce, jusqu'à ce que sa capacité de travail soit évaluée de manière concrète au moyen de stages d'observation professionnelle et, le cas échéant, une formation complémentaire à charge de l'assurance-invalidité.

36. Par réponse du 14 octobre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. La date du début de l'aptitude à la réadaptation fixée au 16 octobre 2013 avait été maintes fois confirmée, activités adaptées décrites à l'appui, par le Dr E_____. Au surplus, l'expertise psychiatrique du Dr L_____ du 18 février 2016 confirmait l'absence d'atteinte psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail. Les différentes expertises effectuées dans le cadre de l'instruction du dossier devaient se voir reconnaître valeur probante conformément à la jurisprudence applicable en la matière. Le recourant n'apportait aucun élément médical objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostique, qui aurait été ignoré dans le cadre des expertises susmentionnées et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou établir le caractère incomplet de leur ouvrage. Il ne suffisait pas de soutenir que les experts auraient dû conclure différemment au vu des conclusions divergentes des médecins traitants portant sur la capacité de travail.

S'agissant du calcul du degré d'invalidité, lors de l'instruction du dossier, les activités adaptées avaient été ciblées, notamment dans le cadre de l'intervention précoce. Au surplus, des activités telles qu'employé administratif chez un traiteur, employé d'accueil ou responsable de salle dans un restaurant ou dans l'hôtellerie, magasinier de pièces détachées, surveillant dans les cantines et patrouilleur scolaire étaient adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant. Celles-ci ne nécessitaient pas une formation supplémentaire. Dès lors, d'autres mesures n'étaient pas indiquées, car elles ne seraient pas de nature à améliorer la capacité de gain du recourant.

S'agissant de l'abattement retenu par l'OAI, il n'y avait aucun élément pour en justifier un taux supérieur à 10%, en raison des limitations fonctionnelles.

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

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

2. 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 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.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2014 et, en particulier, sur son droit à bénéficier de stages d'observation professionnelle et d'une formation complémentaire, sur la date à partir de laquelle l'assuré a été capable de travailler à 100% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles ainsi que sur les revenus pris en compte pour établir le degré d'invalidité.
5. 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).

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).

6. 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).
7. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).
8. 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.
 - a. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

b. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

c. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la

collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

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, 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 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).

11. Le recourant estime qu'il présentait encore une incapacité totale de travailler le 16 octobre 2013, contrairement à ce qu'a retenu l'OAI, puisque selon le Dr E_____, un traitement médical d'une année au moins était encore nécessaire pour atténuer ses douleurs, ce qui entrainait en contradiction avec le fait que, selon l'expert, il pourrait travailler à 100% dans une activité adaptée.

Dans son rapport d'expertise du 16 octobre 2013, le Dr E_____ a clairement retenu qu'une activité monomanuelle droite était exigible « pour l'instant » avec un rendement complet dans un travail adapté. Il a même souligné l'importance d'envisager sans attendre une reconversion professionnelle, qui était indispensable sur le plan psychique, car le désœuvrement ne faisait que péjorer l'angoisse et l'évolution de l'algoneurodystrophie. L'expert a pris ses conclusions en relevant que l'assuré souffrait encore de douleurs et qu'un traitement médical était nécessaire pour le soulager. Il estimait ainsi manifestement que son traitement médical ne l'empêchait pas de travailler. Le Dr E_____ a confirmé ses conclusions dans ses deux rapports suivants. Il n'y a donc pas lieu de retenir une contradiction dans son rapport du 16 octobre 2013. Aucun élément médical au dossier ne vient contredire ce dernier, ni les suivants. Les trois rapports de l'expert sont convaincants et répondent aux exigences dégagées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Si la Dresse I_____ a retenu le 24 février 2015 que la situation de l'assuré n'était pas stabilisée, tant du point de vue somatique que psychiatrique et que la capacité de travail de l'assuré restait nulle dans toute activité depuis le 4 octobre 2012, son rapport ne remet pas sérieusement en cause les conclusions du Dr E_____ du 16 octobre 2013. En effet, la Dresse I_____ ne motivait en rien ses conclusions contraires à celles de Dr E_____, qu'elle avait pourtant résumées au début de son rapport, et elle n'était, au moment de la rédaction de celui-ci, pas encore en possession du dernier rapport d'expertise rendu par le Dr E_____ le 17 février 2015. Une fois en possession de celui-ci, la Dresse I_____ a retenu, dans son rapport du 15 septembre 2015, que la situation était dorénavant claire du point de vue somatique, à savoir que seule une activité adaptée monomanuelle droite était encore exigible à 100%, avec un rendement complet depuis le 16 octobre 2013.

C'est donc à juste titre que l'OAI a pris en compte la date du 16 octobre 2013 pour fixer le début de la pleine capacité de travail résiduelle de l'assuré.

12. Si l'on doit admettre avec le recourant que, lorsqu'il a bénéficié des mesures de détection précoce sous la forme de cours de langue, de coaching et de bilan professionnel, sa situation n'était pas encore stabilisée, cela ne remet pas en cause les conclusions du bilan de compétence, qui avait permis de définir des activités éventuellement compatibles avec ses intérêts et ses capacités, sans formation complémentaire, en tenant compte du fait sa main gauche était inutilisable professionnellement. Cette situation était toujours valable le 20 janvier 2016, lorsque le Dr E_____ a constaté que l'état de santé de l'assuré était cette fois stabilisé. Les conclusions du bilan de compétence correspondent au surplus aux

suggestions du Dr E_____, qui avait retenu que l'assuré était capable d'effectuer du travail administratif dans l'industrie alimentaire ou hôtelière.

Dans ces circonstances, il ne se justifie pas de compléter l'instruction de la cause par un stage d'observation professionnelle et l'intimé était fondé à procéder à la comparaison des revenus pour établir le taux d'invalidité de l'assuré.

13. Le recourant estime qu'un abattement de 25% sur le revenu avec invalidité aurait dû être retenu par l'OAI.
14. Il convient de relever au préalable que l'OAI, considérant qu'il était compliqué, dans le cas d'espèce de déterminer avec précision le revenu sans invalidité, au vu des différents emplois exercés par l'assuré, qu'il y avait dès lors lieu de se baser sur les ESS 2013, TA1 pour un homme exerçant une activité de niveau 4 à 100% pour établir le revenu sans invalidité. L'OAI s'est basé sur les mêmes données pour déterminer le revenu avec invalidité.

Bien que le recourant n'ait pas contesté cette façon de procéder, sous réserve de l'abattement, il se justifie d'en examiner le bien-fondé, dès lors qu'il existe un rapport de connexité étroit entre ce point non contesté et l'objet du litige, qui porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité (ATF 122 V 244 consid. 2a ; ATF 117 V 295 consid. 2a ; voir aussi ATF 122 V 36 consid. 2a) et des motifs suffisants de le faire au regard des allégations des parties ou d'indices ressortant du dossier (ATF 125 V 417 consid. 2c).

15. 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).
 - a. 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).
 - 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 (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 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).

c. Quant au revenu d'invalidé, 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'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). 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).

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).

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 p. 323). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent 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). Une déduction globale maximale 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 p. 79). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit si elle a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (ATF 132 V 393 consid. 3.3 p. 399), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (cf. ATF 130 III 176 consid. 1.2 p. 180).

Dans un arrêt 9C_677/2015 du 25 janvier 2016, le Tribunal fédéral a jugé qu'un abattement de 15% se justifiait, vu la nature des limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé (pas de mouvement en porte-à-faux, pas de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis, alternance des positions debout et assis), lequel était, en outre, âgé de 54 ans et avait été absent de façon prolongée du marché du travail. Seules des concessions salariales sensibles pourraient compenser cet état de fait et permettre à l'intéressé d'être compétitif sur le marché du travail.

Dans un arrêt 8C_311/2015 du 22 janvier 2016, le Tribunal fédéral a estimé qu'un taux de 10% tenait suffisamment compte de l'âge de l'assuré (près de 55 ans au moment de la comparaison des revenus) et de ses limitations fonctionnelles. Il a relevé qu'un abattement plus élevé n'était pas indiqué, dès lors qu'il n'y avait pas lieu de retenir des problèmes particuliers d'adaptation. L'assuré avait été en mesure

de changer d'entreprise et de se plier à de nouvelles contraintes émanant d'employeurs différents. Par ailleurs, on ne pouvait prendre en compte des difficultés linguistiques dans le cas d'un assuré arrivé en Suisse en 1981 et y ayant vécu de nombreuses années. Quant à l'absence de formation professionnelle certifiée et à la scolarité limitée, les premiers juges ont rappelé que ce défaut n'avait pas entravé l'assuré dans ses recherches d'emploi avant d'être atteint dans sa santé.

16. a. En l'espèce, s'agissant du revenu sans invalidité, l'on ne se trouve pas dans un cas où il se justifie de recourir aux salaires statistiques, dès lors que le dossier contient des informations sur le dernier salaire de l'assuré, qui permettent d'établir, avec le degré de vraisemblance prépondérante requis, le salaire effectivement touché par celui-ci. Son dernier employeur a en effet indiqué dans la déclaration d'accident à la Bâloise du 7 novembre 2012 qu'il avait été engagé comme cuisinier pour un salaire mensuel de CHF 3'500.-, versé 13 fois l'an. Les déclarations divergentes de l'assuré sur le montant de son salaire n'emportent pas conviction, dès lors qu'elles ont fluctué. Il est en outre peu probable d'obtenir d'autres indications de C_____ SA qui a fait faillite.

Il se justifie ainsi d'établir le revenu sans invalidité, comme l'a fait la Bâloise dans sa décision du 21 avril 2016, sur la base d'un revenu annuel de l'assuré CHF 45'500.- (CHF 3'500.- x 13), indexé à 2016, en tenant compte de l'évolution des salaires nominaux (2013 : + 0.3%; 2014 : +1.1%; 2015 : + 0.5% selon l'indice des salaires nominaux et réels, 2011-2014, tableau T1.10, branches 55-56, et l'estimation trimestrielle de l'évolution des salaires nominaux, troisième estimation 2015, Office fédéral de la statistique), soit CHF 46'370.-.

b. S'agissant du revenu avec invalidité, il convient de prendre en compte le revenu de l'ESS 2012, tableau TA1, niveau de qualification 1, qui correspond à un large éventail d'activités simples et légères ne nécessitant pas de formation particulière, dont on doit convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont adaptées au handicap du recourant. Contrairement à ce qu'allègue ce dernier, l'on ne peut considérer qu'il était sans expérience dans les domaines retenus, puisqu'il avait été précisément tenu compte de ses compétences dans la restauration pour les déterminer. Pour le surplus, il s'agit d'activités simples et sans complexité ne nécessitant pas de formation.

Au vu de la jurisprudence précitée, l'abattement retenu de 10% sur le revenu d'invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles apparaît conforme au droit. L'assuré est assez jeune (44 ans lors de la décision querellée) et réside depuis 2006 en Suisse. Il maîtrise relativement bien le français, est au bénéfice d'une formation et d'une expérience professionnelle et il n'apparaît pas avoir été concrètement entravé dans ses recherches d'emploi avant d'être atteint dans sa santé. En revanche, il convient de tenir compte du fait qu'il est étranger et actuellement sans autorisation de travail, ce qui justifie un abattement supplémentaire de 5%, soit un abattement total de 15%.

Le salaire statistique précité s'élevait à CHF 5'210.- par mois en 2012, soit un revenu annuel de CHF 62'520.-, part du 13^{ème} salaire comprise. Ce salaire doit être adapté à l'horaire de travail de 41.7 heures en 2012 et indexé à 2016 (2013 : + 0.7%; 2014 : +0.8%; 2015 : + 0.5% selon l'indice des salaires nominaux et réels, 2011-2014, tableau T1.10 et l'estimation trimestrielle de l'évolution des salaires nominaux, troisième estimation 2015, Office fédéral de la statistique). Le revenu exigible ainsi obtenu s'élève à CHF 66'490.- et à CHF 56'516.50.- en tenant compte d'un abattement de 15%.

Le revenu exigible est ainsi supérieur au revenu sans invalidité (CHF 46'370.-) et par conséquent le taux d'invalidité est inférieur à 40%, ce qui n'ouvre pas à l'assuré le droit à une rente du point de vue de l'assurance-invalidité.

C'est donc à juste titre que l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

17. Infondé, le recours sera rejeté
18. Le recourant, qui succombe, sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.-. (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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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