

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3339/2013

ATAS/101/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 février 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, représenté par
l'Association pour la permanence de défense des patients et des
assurés (APAS)

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**

très légère et ne nécessitant pas d'effort physique important ou régulier, devrait être réévaluée, mais atteindrait probablement 100%, sans diminution de rendement.

7. Dans un rapport du 16 décembre 2011, le Dr B_____ a confirmé l'insuffisance aortique sévère et l'existence d'une dyspnée à l'effort, d'aggravation progressive et persistante. Le médecin a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 14 juillet 2011, précisant qu'une reprise à 50% pourrait être envisagée à compter du 1^{er} mars 2012.
8. Le 20 février 2012, l'assuré a subi une intervention chirurgicale de remplacement de la valve aortique par prothèse mécanique. Son hospitalisation s'est achevée le 2 mars 2012.
9. Dans un rapport du 29 mars 2012, le Dr D_____, cardiologue auprès des Hôpitaux universitaires de Genève, a indiqué que le défibrillateur cardiaque fonctionnait de façon satisfaisante. L'assuré était asymptomatique à l'effort et pouvait monter six étages d'escaliers sans problème.
10. Dans un rapport du 31 juillet 2012, le Dr B_____ a confirmé que l'état de santé de son patient s'était amélioré depuis le remplacement valvulaire aortique. Une dyspnée d'effort à deux étages persistait toutefois. La capacité de travail était nulle depuis juillet 2011 ; un examen médical complémentaire était nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.
11. Dans un rapport du 17 août 2012 adressé à l'assureur-maladie, le Dr B_____ a également fait état d'une totale incapacité de travail depuis le 14 juillet 2011.
12. Le 21 septembre 2012, l'OAI a informé l'assuré de son intention de confier le soin de procéder à une expertise cardiologique au Dr E_____, spécialiste FMH en cardiologie et en médecine interne générale.
13. Le 3 octobre 2012, l'employeur de l'assuré a attiré l'attention de l'OAI sur le fait que la petite taille de son entreprise ne lui permettait pas de proposer à l'assuré un poste léger ou adapté.
14. En novembre 2012, l'OAI a accepté de prendre en charge, à titre de mesure d'intervention précoce, les frais relatifs à l'obtention d'un permis de conduire.
15. Dans son rapport du 26 novembre 2012, le Dr E_____ a retenu les diagnostics de valvulopathie aortique avec bicuspidie et régurgitation sévère ayant nécessité un remplacement valvulaire le 20 février 2012, de cardiopathie dilatée consécutive à l'insuffisance aortique (avec dilatation sévère et dysfonction ventriculaire gauche sévère) et précisé qu'un stimulateur cardiaque avait été implanté en prévention primaire le 26 juillet 2011. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré : un status après fracture du scaphoïde droit en 2008, des gonalgies gauches en 2012 et un excès pondéral.

Le Dr E_____ a exposé l'anamnèse, relaté les plaintes de l'assuré, fait état de ses propres constatations objectives et discuté le cas : l'assuré était porteur d'une

malformation congénitale de la valve aortique s'étant compliquée d'une insuffisance aortique méconnue probablement pendant plusieurs années et découverte alors qu'elle avait déjà provoqué une cardiopathie dilatée. Le remplacement de la valve par une prothèse avait stabilisé la cardiopathie mais n'avait pas permis de récupération significative. Une dysfonction et une dilatation sévères du ventricule gauche persistaient, sans épisodes de décompensation cardiaque et sans arythmie, mais avec une limitation des capacités physiques. A ce stade, il était peu probable qu'une amélioration significative se produise dans les prochaines années. Par contre, des complications pouvaient survenir et, si l'insuffisance cardiaque s'aggravait, seule une greffe cardiaque serait envisageable.

L'assuré manifestait son désir de travailler, mais il ne lui était pas possible de reprendre son activité habituelle. Un reclassement professionnel devrait tenir compte de ses limitations physiques, de son absence de formation et de ses lacunes en français.

En conclusion, l'expert a exposé que la cardiopathie dilatée était responsable d'une limitation de la capacité de travail depuis juin 2011 et sa découverte par les médecins. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : incapacité à exercer des activités nécessitant des efforts vigoureux ou le port répété de charges de plus de 10 kg, limitation de la capacité à se déplacer rapidement ou à monter plus de deux étages d'escaliers et nécessité d'éviter le travail en hauteur ou encore l'exposition à des températures extrêmes ou à des risques de blessures ou d'accidents graves (anticoagulation). Depuis juin 2011, la capacité à exercer l'activité habituelle - impliquant le port régulier de charges (matériel de peinture et de rénovation) - était nulle. La capacité avait également été nulle, quelle que soit l'activité envisagée, durant les hospitalisations (juin-juillet 2011 et février 2012) et ce, pour une période de trois mois. Depuis la stabilisation de l'assuré, en mai 2012, la capacité à exercer une activité adaptée était comprise entre 50 et 100% en fonction des exigences physiques requises par le poste de travail proposé. On ne pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail, la situation pouvant rester stable, au mieux, ou se péjorer, sous forme de décompensation ou d'arythmie.

16. Dans un rapport du 22 janvier 2013, le Dr F_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), se fondant sur l'expertise du Dr E_____, a retenu une incapacité de travail durable à compter du 8 juillet 2011, une totale incapacité à exercer l'activité habituelle mais une capacité de 100% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} juin 2012.
17. Le 11 février 2013, l'OAI a accepté de prendre en charge un stage de d'orientation professionnelle auprès de l'ORGANISATION ROMANDE POUR LA FORMATION ET L'INTÉGRATION PROFESSIONNELLE (ci-après : l'ORIF), destiné à déterminer quelles seraient les professions compatibles avec les limitations fonctionnelles retenues. Ce stage s'est déroulé du 4 mars au 30 juin 2013.

18. Dans son rapport du 3 juillet 2013, l'ORIF a relevé que l'assuré n'avait pas passé le bilan des acquis en raison de trop grandes difficultés avec la langue française écrite. Il avait été demandé à l'assuré de suivre quelques cours de français sur internet, mais il n'avait pas démontré beaucoup d'intérêt pour cette activité. Il s'était montré peu motivé et n'avait progressé ni dans la prononciation, ni dans la tournure des phrases. Il lui a été demandé à plusieurs reprises de s'exprimer en français lors des ateliers, même avec ses compatriotes, sans succès.

L'assuré avait démontré de bonnes compétences en soudure à l'étain, mais ne respectait pas toujours les consignes, pouvait s'énerver pour de petits détails et avait du mal à supporter les remarques.

En informatique, il avait produit quelques exercices « Word » qui lui avaient pris beaucoup de temps et le travail rendu n'était pas complet.

En horlogerie, il avait effectué le module de pré-évaluation et réalisé une série de petites pièces d'horlogerie. La qualité de ces pièces était satisfaisante, les finitions assez bien réalisées et le temps de réalisation respecté.

Lors de son premier stage en entreprise (préparateur des commandes), il avait travaillé à la préparation des commandes, à l'étiquetage, à la gestion des arrivages de marchandises et à la mise en place des stocks. Ce stage avait été très positif pour l'assuré, qui s'était bien intégré à l'équipe. Il avait montré beaucoup d'intérêt pour cette activité. D'une durée initiale d'une semaine, ce stage avait finalement duré trois semaines, à l'entière satisfaction de l'entreprise.

Durant son second stage en entreprise (préparateur en chocolaterie), l'assuré avait réalisé le pliage de boîtes de chocolats. Il s'était mis en arrêt maladie dès le second jour du stage.

Dans le cadre de la mesure, l'assuré devait suivre un programme de travail à 100%. Il avait totalisé vingt jours d'absence sur quatre mois au sein de l'ORIF, ce qui rendait difficile l'évaluation de la possibilité de travailler à 100% en entreprise.

Le stage de préparateur des commandes ayant été très positif, la piste professionnelle de l'industrie légère, en particulier du petit conditionnement, a été validée. Les métiers de petite fabrication pouvaient également convenir à l'assuré.

19. L'OAI, considérant que l'assuré était en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dans la petite fabrication ou le conditionnement dans l'industrie légère, a rendu en date du 25 septembre 2013 une décision aux termes de laquelle il a rejeté la demande de prestations.

L'OAI a admis une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 8 juillet 2011 et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis juin 2012. Comparant le revenu sans invalidité - de CHF 77'434.- par an en 2011 (33.52 CHF/h. av. vacances x 177,7 h. x 13 mois) - à celui qu'aurait pu réaliser la même année l'assuré après réduction de 10% - soit CHF 55'560.- -, l'OAI a obtenu un degré d'invalidité de 28%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

Il a rappelé par ailleurs qu'une mesure d'orientation professionnelle avait déjà été octroyée et qu'elle avait pris fin le 28 juin 2013, sans perspectives de formation, de placement à l'essai ou d'emploi, mais qu'elle avait confirmé la possibilité pour l'intéressé de s'orienter vers des activités adaptées, telles que la petite fabrication ou le conditionnement dans l'industrie légère. Un reclassement comportant des éléments théoriques était compromis, vu les lacunes linguistiques de l'assuré, ses connaissances de base, son manque de formation et son attitude.

20. Par écriture du 18 octobre 2013, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que lui soient reconnues une incapacité de travail de 50% et le droit à une mesure de reclassement professionnel dans une activité à 50%.

Le recourant conteste être capable d'exercer une activité - même adaptée - à plein temps. A l'appui de sa position, il invoque l'avis des Drs C_____ et E_____ et le fait que ses stages professionnels ont dû être interrompus par de nombreux arrêts. Enfin, il allègue que son état de santé s'est aggravé.

21. Le 2 novembre 2013, le recourant a produit un rapport rédigé le 29 octobre 2013 par le Dr B_____, confirmant une capacité de travail résiduelle de 50% dans toute activité. Ce médecin soulignait qu'un an et demi après le remplacement de la valve, son patient se plaignait toujours d'une dyspnée d'effort de stade II, ce qui s'expliquait par la persistance d'une dysfonction ventriculaire gauche très sévère, démontrée par une échographie pratiquée en mars 2013. Dans ce contexte, le médecin émettait l'avis que la capacité de travail ne pouvait dépasser 50%, même dans une activité adaptée.

22. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 12 novembre 2013, a conclu au rejet du recours.

L'intimé se réfère à l'expertise du Dr E_____ et à l'avis du Dr F_____.

Il ajoute que la mesure d'orientation professionnelle auprès de l'ORIF a permis de définir deux orientations adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant (petite fabrication et conditionnement dans l'industrie légère) et qu'il appartient au recourant d'entreprendre les démarches lui permettant de trouver un poste correspondant.

Quant à l'aggravation de l'état de santé alléguée dans le recours, l'intimé a fait remarquer qu'elle n'était pas démontrée.

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

Le recourant a déclaré persister dans ses conclusions.

Il allègue que, depuis 2011, tous les médecins ont conclu à une incapacité de travail de 50% et qu'il a été constaté que, neuf mois après son opération, sa cardiopathie ne s'est pas améliorée, ce que confirmait le Dr B_____ dans un rapport du 27 juin 2014 - identique à celui du 29 octobre 2013.

S'agissant du revenu d'invalidé, le recourant soutient qu'une activité manufacturière semble exclue, en raison de ses limitations fonctionnelles : seule serait envisageable une activité de services, moins bien rémunérée.

Selon lui, un taux d'activité de 100% serait « absolument intenable » ; même l'exercice de son activité habituelle « allégée » à 50% est trop exigeante. Son état de santé fluctue d'un jour à l'autre, les conséquences de sa cardiopathie pouvant varier en fonction de certains facteurs extérieurs, la température, par exemple.

Le recourant soutient que la réduction de 10% appliquée à son revenu d'invalidé est insuffisante compte tenu du fait qu'il ne peut plus exercer qu'à mi-temps, de ses difficultés linguistiques et de ses limitations fonctionnelles.

Il fait valoir qu'à l'époque où la mesure d'orientation lui a été octroyée, il était encore très préoccupé par son état de santé et moins réceptif qu'il ne l'est désormais quant à son avenir professionnel.

24. 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss et 38 al. 1 LPGA).
5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une mesure de reclassement, plus particulièrement sur sa capacité à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et le calcul de son degré d'invalidité.
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).

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).

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

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 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. 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 (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 (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

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).

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. a. En l'espèce, l'intimé a considéré que l'exercice à plein temps d'une activité adaptée était exigible du recourant, se basant pour cela sur l'expertise du Dr E_____, ainsi que sur le rapport établi par le Dr F_____, du SMR, le 22 janvier 2013.

Quant au recourant, il soutient que son état de santé ne lui permet pas de travailler à plus de 50%, quelle que soit l'activité professionnelle.

A titre liminaire, il convient de relever que les parties s'accordent avec raison sur le fait que la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle de peintre en bâtiment, le port régulier de charges et les efforts physiques inhérents à ce métier étant incompatibles avec les troubles cardiaques dont souffre l'intéressé.

Dans la mesure où le Dr F_____ s'est fondé sur l'expertise du Dr E_____ pour établir son rapport du 22 janvier 2013, la question de la valeur probante de son avis peut rester ouverte. En réalité, les parties s'opposent sur la portée de l'expertise du Dr E_____, en particulier sur la conclusion selon laquelle la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée pourrait atteindre 50 à 100%, en fonction du type d'activité.

La chambre de céans constate que l'expertise du Dr E_____ répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante : elle se fonde sur un examen du recourant, sur des examens complémentaires et l'étude du dossier médical ; l'anamnèse, l'évolution de la maladie, les plaintes de l'assuré et les constats objectifs de l'expert sont clairement exposés ; les diagnostics sont clairs et cohérents avec le dossier médical ; les conclusions quant à la capacité de travail et

aux limitations fonctionnelles sont bien motivées ; l'appréciation du cas par le Dr E_____ permet de comprendre les troubles cardiaques dont le recourant souffre et leurs conséquences sur sa capacité de travail.

Il est vrai qu'une probable erreur de plume s'est glissée dans l'expertise : l'expert retient que l'incapacité de travail a débuté en juin 2011, alors que les éléments du dossier montrent qu'elle a débuté le 8 juillet 2011, ce que l'intimé a retenu avec raison. Cette erreur n'est toutefois pas de nature à remettre en cause la valeur probante du reste de l'expertise.

Le recourant conteste les conclusions de cette expertise en tant qu'elles concernent la capacité de travail qu'il pourrait atteindre dans une activité adaptée. Il invoque les avis des Drs B_____ et C_____, selon lesquels cette capacité ne saurait excéder 50%.

Toutefois, les avis de ces médecins ne sauraient être suivis.

Les rapports du Dr B_____ sont trop brefs et pas suffisamment motivés pour permettre de remettre en cause l'expertise du Dr E_____. La capacité de travail de 50% n'est ni justifiée ni expliquée. De plus, les rapports des 29 octobre 2013 et 27 juin 2014 sont postérieurs à la décision querellée et en partie fondés sur les plaintes du recourant, de sorte que leur objectivité n'est pas suffisante.

Quant au rapport du Dr C_____ du 30 novembre 2011, il a été établi avant le remplacement de la valve aortique et la stabilisation de l'état de santé du recourant, de sorte que l'on ne peut se fonder sur ses conclusions pour contester l'expertise du Dr E_____. D'autant que le Dr C_____ estimait possible que le recourant retrouve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée après son opération.

Pour le reste, l'allégation du recourant selon laquelle son état de santé se serait aggravé, n'est pas étayée et aucun élément objectif ne permet de rendre plausible une telle aggravation.

Dans ces circonstances, il convient de se rallier aux conclusions de l'expert et de retenir une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis juillet 2011 et une capacité de 50 à 100% dans une activité adaptée, en fonction des exigences physiques requises par le poste de travail proposé, depuis mai 2012.

Puisque la mesure d'orientation professionnelle a permis de valider des pistes professionnelles dans des activités légères, l'intimé était légitimé à considérer que l'assuré avait recouvré une capacité de travail pleine et entière à compter de juin 2012. En tout état de cause, même si ces pistes professionnelles ne pouvaient être suivies, le marché du travail offre un éventail d'activités légères ne requérant que peu ou pas de formation spécifique suffisamment large pour que le recourant puisse trouver un emploi lui permettant de mettre à profit sa pleine capacité de travail.

Compte tenu de ce qui précède, la capacité de travail du recourant a été évaluée de manière conforme au droit par l'intimé.

11. Le recourant conteste également le calcul de son degré d'invalidité, estimant que qu'une réduction de 10% est insuffisante au vu de sa situation (travail à temps partiel, difficultés en français et limitations fonctionnelles).

Comme indiqué précédemment, le recourant doit se voir reconnaître une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que l'on ne saurait retenir l'obligation de travailler à temps partiel comme un facteur de réduction du revenu d'invalidité.

Quant aux difficultés linguistiques, elles ne sauraient non plus être retenues à ce titre, d'autant que le recourant séjourne et travaille à Genève depuis plus de neuf ans et qu'il a des connaissances de base en français, principalement orales, et qu'il n'a pas donné suite aux invitations de l'ORIF à suivre des cours de français.

Enfin, il apparaît qu'en appliquant un abattement de 10%, l'intimé a d'ores et déjà tenu compte, dans l'exercice de son large pouvoir d'appréciation, des limitations fonctionnelles du recourant et du fait que son reclassement n'est possible que dans une activité légère, répétitive et ne requérant pas de formation particulière.

Rien en l'espèce ne permet à la chambre de céans de considérer le taux retenu comme insuffisant. Au contraire, celui-ci semble adéquat et doit être confirmé, de même que le calcul du degré d'invalidité dans son ensemble, lequel n'est d'ailleurs pas contesté.

12. Le recourant conclut également à l'octroi d'une mesure de reclassement professionnel.

a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie

active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

b) Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1er LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'Arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. Arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

c) Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, n^{os} 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

d) Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation

préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

13. En l'occurrence, le recourant présente un degré d'invalidité de 28%, taux suffisant, au regard de la jurisprudence, pour lui ouvrir en principe le droit à une mesure de reclassement.

Cela étant, le recourant a déjà bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle, ce qui a permis de déterminer que les métiers de la petite fabrication et de conditionnement dans l'industrie légère étaient adaptés à ses limitations fonctionnelles. Or, aucune formation n'est nécessaire pour l'accès à ces métiers, de sorte que le recourant est en mesure d'entreprendre des recherches d'emploi et de trouver un travail dans les domaines précités, de son propre chef et sans aucune aide.

En tout état de cause, compte tenu de l'éventail d'activités légères adaptées que le recourant pourrait exercer sans qu'une formation ne soit nécessaire, aucune autre mesure professionnelle n'est utile.

Rappelons encore qu'à teneur de la jurisprudence du Tribunal fédéral, un assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité. Or, le recourant n'a suivi aucune formation au Portugal ou en Suisse, de sorte qu'il ne peut prétendre à la prise en charge d'une formation, laquelle serait de facto d'un niveau supérieur à celui de l'apprentissage de son métier auprès de son employeur à Genève.

Par conséquent, l'octroi d'une mesure de reclassement au recourant n'est pas justifié.

14. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

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