

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/995/2019

ATAS/461/2020

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

**Arrêt du 20 mai 2020**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié p.a. c/o B\_\_\_\_\_, GENÈVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né en mai 1965, originaire du Maroc, arrivé en Suisse en 2000, au bénéfice d'une formation de plombier, ayant exercé en dernier lieu une activité de monteur d'appareils sur lignes d'assemblage, a déposé en février 2018 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une totale incapacité de travail depuis janvier 2015, en raison d'importantes douleurs dorsales et cervicales, d'un manque de sensibilité à la main droite et d'une dépression, atteintes survenues en 2015.
2. De l'extrait du rassemblement des comptes individuels AVS versé au dossier, il ressort que l'assuré a effectivement travaillé en dernier lieu pour l'entreprise C\_\_\_\_\_, de septembre 2007 à mars 2013, avant de se retrouver au chômage. Ses revenus se sont élevés à :
  - CHF 73'558.- en 2008,
  - CHF 74'593.- en 2009,
  - CHF 76'464.- en 2010,
  - CHF 73'466.- en 2011,
  - CHF 69'061.- en 2012, soit un revenu annuel moyen de CHF 73'428.-.
3. Dans un bref rapport du 19 mars 2018, le Département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (HUG, Consultation ambulatoire d'addictologie psychiatrique [CAAP]) du Grand-Pré a indiqué que l'assuré souffrait d'un état anxiodépressif récurrent, étant précisé que le médecin ne l'avait vu qu'à deux reprises depuis novembre 2017 et qu'il lui était donc impossible de se prononcer sur la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles de l'intéressé, notions pour lesquelles il convenait de s'adresser à son médecin, à Lausanne.

La doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne à Lausanne, a indiqué en date du 26 mars 2018 que son patient souffrait de cervicalgies importantes dans le contexte d'importants troubles statiques et dégénératifs (uncodiscarthrose pluriétagée avec rétrécissement du canal cervical et probable conflit avec les racines C6 et C7), de lombalgies sur troubles dégénératifs pluriétagés, d'une hernie foraminale et extra-foraminale L4-L5, d'une hernie médiane paramédiane bilatérale L5-S1 avec probable conflit au niveau des racines L4 et L5, d'une importante arthrose carpo-métacarpienne M2-M3 et M5 du poignet droit, d'un épisode dépressif léger, d'un syndrome métabolique (intolérance au glucose, hyperlipidémie mixte) et d'une dépendance à l'alcool abstinente en milieu protégé depuis six mois.

Au niveau psychique, le médecin renvoyait au CAAP.

Au niveau physique, elle soulignait l'importance d'adapter le type d'activité professionnelle aux pathologies de l'assuré. Les limitations fonctionnelles physiques étaient les suivantes : limitation du port de charges à 5 kg, alternance régulière des positions assise et debout, limitation à 1-2 heures de la position assise tout en adaptant le poste de travail, évitement des mouvements de la tête, relaxation régulière de la musculature cervicale, évitement de tout travail utilisant de façon régulière et avec force la main droite.

4. Le docteur E\_\_\_\_\_, médecin au CAAP du Grand-Pré a brièvement indiqué, le 7 mai 2018, que les atteintes à la santé psychique consistaient en une angoisse généralisée et en un épisode dépressif moyen sans symptômes psychotiques, avec un syndrome de dépendance non actif. À la question de savoir qu'elles étaient les limitations fonctionnelles dont il faudrait tenir compte dans une activité adaptée, le médecin a répondu : « aucune à ma connaissance ».
5. Le 28 mai 2018, Madame F\_\_\_\_\_, psychologue associée FSP et responsable du service social de la FONDATION G\_\_\_\_\_, où résidait l'assuré, a expliqué que la fondation était une institution socio-éducative non médicalisée.

Aux niveaux médical et psychiatrique, l'assuré était suivi par des médecins externes à la fondation, à savoir les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.

L'assuré était entré à la fondation en septembre 2017 pour maintenir une abstinence et bénéficier d'une occupation, d'un encadrement et d'un rythme de vie.

Il était très investi dans son séjour et avait travaillé à compter d'octobre 2017 dans des ateliers de « reprise de rythme et de réinsertion ». L'environnement était protégé, avec un rythme de production adapté. L'assuré était occupé à l'atelier multiservices, dévolu à la restauration de sièges de bus et à divers travaux informatiques.

La position debout était impossible plus d'une heure. Par ailleurs, le travail manuel avait fait surgir une tendinite à la main droite qui avait entraîné un arrêt de travail de plus de deux semaines. Alternier les positions était nécessaire afin de garder un bon rythme de travail. L'assuré disposait de très bonnes capacités d'apprentissage et s'adaptait facilement.

6. Le dossier a été soumis au Service médical régional (SMR) qui, le 10 décembre 2018, a retenu des cervicalgies sur atteintes dégénératives, des lombalgies et une incapacité de 100% dès le 13 novembre 2017 dans l'activité habituelle, mais une capacité totalement préservée dans une activité adaptée aux limitations évoquées par le médecin traitant. Les angoisses généralisées et l'épisode dépressif n'étaient pas incapacitants, d'autant moins qu'aucune limitation fonctionnelle n'avait été évoquée par le Dr E\_\_\_\_\_.
7. Dès lors, il a été procédé au calcul du degré d'invalidité.

Ont été comparés le revenu que l'assuré aurait réalisé sans atteinte à sa santé, soit CHF 67'102.-, à celui qu'il aurait pu obtenir malgré elle, soit CHF 57'036.- (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2016 TA1\_skill\_level : 5'340.- CHF/mois pour 40 h./sem. en 2016 = 5'567.- CHF/mois pour 41,7 h./sem. = 66'803.- CHF/an en 2016 = 67'102.- CHF/an en 2017 = CHF 57'036.- après réduction supplémentaire de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles), ce qui a conduit à un degré d'invalidité de 15%.

S'agissant du revenu avant invalidité, l'OAI s'est également référé à l'ESS, vu l'absence d'activité juste avant l'atteinte à la santé.

8. Par décision du 20 février 2019, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

Il lui a reconnu une totale incapacité à exercer son activité habituelle depuis le 13 novembre 2017, début du délai d'attente, mais a considéré qu'il avait conservé une pleine capacité de travail dans un domaine adapté à son état de santé.

La comparaison des revenus conduisait à une perte de gain de 15%, insuffisante pour ouvrir droit à des prestations.

9. Par écriture du 8 mars 2019, l'assuré, par le biais de Madame H\_\_\_\_\_, travailleuse sociale, a interjeté recours auprès de la Cour de céans (cf. procuration du 5 avril 2019).

L'assuré allègue que ses problèmes de dos l'obligent à alterner sans cesse positions debout et assise.

Il annonce avoir débuté une évaluation professionnelle auprès des Établissements publics pour l'intégration (EPI) le 18 février 2019.

Enfin, il produit un rapport de la Dresse D\_\_\_\_\_ confirmant ses limitations fonctionnelles.

En conclusion, il sollicite l'octroi d'une rente entière d'invalidité qui lui donnerait « accès à un emploi adapté via une entreprise sociale ou, au minimum, une réadaptation professionnelle visant une activité adaptée » afin qu'il puisse retrouver une capacité de gain.

10. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 9 avril 2019, a conclu au rejet du recours.

L'intimé souligne que l'assuré, s'il ne peut certes plus exercer son ancienne activité, pourrait encore travailler à plein temps dans un domaine adapté à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg près du corps et de 5 kg autrement, pas de position prolongée penchée en avant en porte-à-faux, pas de mouvements répétitifs avec contrainte en flexion/extension/rotation, alternance des positions assise et debout, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvements répétés de flexion/extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion/extension de la nuque).

L'intimé rappelle que l'atteinte à la santé n'est pas à elle seule déterminante, la notion d'invalidité étant une notion économique et non médicale. Or, en l'occurrence, la comparaison des revenus a révélé une perte de gain de 15% seulement, taux insuffisant pour ouvrir droit ne serait-ce qu'à une mesure de reclassement professionnel. L'intimé ajoute que le recourant est à même de s'orienter seul sur le marché du travail, lequel, de manière générale, offre un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif sont adaptées et accessibles sans aucune formation particulière. Une aide au placement n'entre pas non plus en ligne de compte, puisque l'assuré n'est pas entravé par son handicap dans la recherche d'un emploi adapté.

11. Dans sa réplique du 31 mai 2019, le recourant a rappelé avoir été monteur sur lignes au sein d'une entreprise à plein temps, pour un salaire de 5'500.- CHF/mois.

Il ajoute avoir terminé un stage d'évaluation d'un mois aux EPI le 15 mars 2019 et tire la conclusion de leur synthèse que ses limitations fonctionnelles sont telles qu'il est extrêmement compliqué, voire impossible, de trouver une activité ne nécessitant pas de formation préalable dans le marché du travail actuel.

Il fait remarquer qu'il a malgré tout su retrouver un emploi lui assurant un salaire de 1'200.- CHF/mois à plein temps, ce qui lui occasionne tout de même une perte de gain de 78.18% lui ouvrant droit à une rente.

Il produit :

- une synthèse des EPI, dont il ressort que le stage a démontré un besoin impératif d'alternance des positions, la nécessité de se lever souvent pour se détendre et l'incapacité à rester debout plus d'une heure, étant précisé que, moyennant cela, l'assuré avait pu travailler « très correctement » ; il est relevé qu'il a fait preuve d'une coordination/dissociation variable, d'une bonne précision et d'une bonne maîtrise lors des travaux sur machine, d'un temps de réaction très correct dans les travaux manuels effectués (tri de cartouches et de pièces d'horlogerie) ; ses capacités d'apprentissage ont été soulignées (très bonne intégration de l'information visuelle et excellente capacité d'attention sur l'ensemble des tâches proposées, bonne mémorisation des démonstrations, bonne organisation spatiale, aisance à compléter un dessin en symétrie axiale et à manier des représentations en 2D et 3D, bonne capacité de contrôle lors de la réalisation d'exercices, méthode et organisation, bonnes connaissances du français) ; ses capacités d'intégration sociales ont été également qualifiées de bonnes ;
- un contrat de travail le concernant, conclu le 29 avril 2019 pour une activité de vendeur de kiosque à temps partiel – à un taux d'occupation non précisé -, rémunérée 1'200.- CHF/mois.

12. Dans sa duplique du 25 juin 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Il maintient que des mesures d'ordre professionnel ne sont ni nécessaires, ni adéquates, les limitations fonctionnelles n'étant pas d'une gravité telle que le recourant ne puisse trouver seul une activité adaptée sur le marché du travail.

Il ajoute que, quand bien même le recourant s'est conformé à son obligation de réduire le dommage et a retrouvé un emploi par lui-même, le salaire semble inférieur à la moyenne.

Quant au rapport des EPI, il en tire la conclusion que les activités de tri et d'assemblage ont été mises en avant.

L'intimé rappelle que les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas et l'emportent sur les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

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).

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).
5. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à la santé de l'assuré entraînent une perte de gain suffisante pour lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
6. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 l'atteinte n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

7. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit

---

des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

8. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

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

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

9. Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1<sup>bis</sup> LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le

droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références).

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

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

10. 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. 1er). 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).

11. 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 LPG), 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 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus

de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

12. En l'occurrence, les diagnostics et atteintes à la santé étant clairement identifiés et non contestés, se pose en premier lieu la question de la capacité de travail à reconnaître à l'assuré.

L'intimé, se fondant sur l'avis du SMR du 10 décembre 2018, a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. L'assuré argue quant à lui que ses limitations fonctionnelles sont telles qu'il lui serait impossible de retrouver une activité ne nécessitant pas de formation préalable sur le marché du travail.

En l'espèce, le Dr E\_\_\_\_\_ a clairement conclu à l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan psychique et, au niveau physique, le médecin traitant n'a retenu aucune incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites, lesquelles ne sont pas aussi importantes que veut bien le dire le recourant. En substance, il s'agit pour lui d'éviter le port de charges, de préserver son dos et d'alterner les positions. D'ailleurs, le rapport des EPI, s'il a confirmé ces limitations, a également relevé que, moyennant leur respect, l'assuré avait pu travailler « très correctement ».

C'est dès lors à juste titre que l'intimé a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

13. Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité.

Le recourant conteste implicitement le revenu d'invalidité retenu, arguant que c'est celui que lui procure son activité actuelle qui aurait dû servir de base de calcul.

Certes, pour déterminer le revenu que l'assuré pourrait raisonnablement obtenir sans son invalidité, il faut tenir compte tout d'abord de la situation professionnelle concrète de celui-ci. Le gain effectivement réalisé est donc considéré en principe comme revenu déterminant. Cependant, si l'assuré n'exerce pas l'activité que l'on

---

pourrait raisonnablement exiger de lui, il y a lieu, selon la jurisprudence, de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 76 s. consid. 3b/aa et bb; VSI 2002 p. 68 consid. 3b; VSI 2000 consid. 3b/bb p. 318; VSI 2000 consid. 2a p. 84; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1991 p. 332/333 consid. 3c; RCC 1989 p. 332 consid. 3b).

Est alors déterminante la valeur centrale (médiane) de la statistique des salaires bruts standardisés (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; VSI 1999 p. 182). Il y a lieu de tenir compte de l'ensemble des secteurs de la production et des services et de ne pas se limiter aux données statistiques d'un seul secteur économique (ATF 126 V 81 consid. 7a). Il ne faut pas non plus se cantonner au revenu obtenu sur le marché public alors que le marché privé est aussi vraisemblable. Il faut donc envisager tout le marché du travail qui s'offre pour établir une moyenne de salaire (VSI 1998 p. 182 consid. 4a). Enfin, il convient, en raison des inégalités salariales entre les sexes, de se référer aux moyennes déterminantes pour le sexe auquel appartient l'assuré et non de se baser sur une valeur moyenne des salaires des femmes et des hommes (VSI 2000 p. 82).

Le principe sous-jacent est l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut dès lors pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

C'est d'ailleurs ce qui ressort de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) concernant l'évaluation du revenu d'invalidité et les conditions permettant d'y assimiler le revenu effectif (ch. 3053ss), qui précise que le revenu effectif est réputé revenu d'invalidité déterminant lorsque, de manière cumulative :

1. l'assuré exerce une activité dans laquelle on peut admettre que sa capacité de travail résiduelle est pleinement utilisée, au sens où s'entend la notion d'activité lucrative raisonnablement exigible ; et que
2. le revenu réalisé correspond au travail fourni ; et que
- 3.1 soit on peut s'attendre à ce qu'un tel revenu puisse aussi être obtenu ailleurs, de façon durable dans une situation équilibrée du marché du travail, et ce dans une mesure raisonnablement exigible,
- 3.2 soit on est en présence de conditions de travail particulièrement stables, excluant pour ainsi dire un changement d'emploi ou le laissant apparaître comme très improbable, même sans invalidité (on est en présence de conditions de travail particulièrement stables lorsque l'on peut admettre que l'assuré exercera vraisemblablement son activité aussi longtemps que son

handicap le lui permettra, et cela, indépendamment de la situation du marché du travail).

Si ces conditions ne sont pas remplies, le revenu d'invalidité doit être évalué en règle générale selon le salaire statistique de l'ESS.

En l'occurrence, c'est donc à juste titre que l'intimé s'est référé à l'ESS pour déterminer le revenu d'invalidité, dès lors que l'activité de vendeur de kiosque exercée par le recourant - outre qu'elle n'est pas exercée à plein temps - ne paraît pas pleinement adaptée à son état, puisqu'elle implique une position debout prolongée.

S'agissant du revenu avant invalidité, l'intimé s'est également fondé sur les données statistiques au motif que l'assuré n'avait plus exercé d'activité depuis 2013. Cependant, auparavant, il a travaillé de nombreuses années dans la même entreprise, pour un revenu régulier, de sorte que c'est celui-ci qui correspond le mieux à celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide, puisque c'est le gain qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé. C'est le lieu de rappeler que le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et la référence).

Dès lors, il convient de comparer le revenu qu'aurait réalisé l'assuré sans invalidité, soit CHF 75'876.- (soit CHF 73'428.-, revenu moyen réalisé durant les 5 dernières années de travail, de 2008 à 2012, réactualisé en 2016) à celui qu'il aurait pu obtenir la même année sans atteinte à sa santé, en exerçant une activité simple, soit CHF 57'037.- (ESS TA1\_skill\_level\_2016 = 5'340.- CHF/mois pour 40 h./sem. = 5'567.- CHF/mois pour 41,7 h./sem. = 66'803.- CHF/an en 2016 = 67'102.- CHF/an en 2017), après déduction supplémentaire de 15%, ce qui conduit à un degré d'invalidité de 24,83% qui, s'il est insuffisant pour ouvrir droit à une rente, ouvre en revanche droit à un reclassement.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis en ce sens que le droit à une mesure de reclassement est reconnu à l'assuré, qui obtient ainsi partiellement gain de cause.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 20 février 2019 en tant qu'elle nie à l'assuré le droit à une mesure d'ordre professionnelle.
4. La confirme pour le surplus.
5. Dit que l'assuré a droit à une mesure de reclassement professionnel.
6. Renvoie la cause à l'intimé pour mise en œuvre de ladite mesure.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. 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