

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/296/2024

ATAS/348/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 mai 2024

Chambre 5

En la cause

A _____

recourant

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____, (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1978, de nationalité portugaise, a déposé une demande de prestations invalidité qui a été reçue par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en date du 22 septembre 2022.

b. En date du 10 novembre 2022, une intervention chirurgicale a été réalisée par le professeur B_____, chef du centre d'antalgie et de neuromodulation de l'Hôpital de Morges, pour la pose d'électrodes péridurales test. Le 24 novembre 2022, le même chirurgien a procédé à la pose d'un stimulateur médullaire dans le tiers inférieur de la cage thoracique postérieure de l'assuré.

c. Dans un rapport médical du 28 novembre 2022, le Prof. B_____ a mentionné que l'assuré était connu pour une discopathie L5 – S1, sur un syndrome de la queue de cheval en 2005 ; il rapportait une sciatalgie gauche importante, avec perte de la force et de la sensibilité du membre inférieur gauche. Depuis lors, il présentait une lombosciatalgie droite persistante à caractère de fourmillements à la face postérieure et postérolatérale de la cuisse et du mollet. Ses douleurs ne répondaient pas aux anti-inflammatoires, ni aux antidépresseurs ou pentinoïdes ; dans ce contexte, l'administration d'opiacé au long cours était contre-indiquée. Dès lors, un test de stimulation médullaire sur diagnostic de « *Failed back surgery syndrome* » avait été effectué le 10 novembre passé et ce test s'était révélé efficace, de telle sorte qu'un *pace intellis* (neurostimulateur médullaire) avait été implanté le 24 novembre 2022.

d. La docteure C_____, médecin praticien, a adressé un rapport médical à l'OAI qui l'a reçu en date du 22 décembre 2022. Elle mentionnait des douleurs neuropathiques post-chirurgicales et précisait qu'il fallait attendre une intervention d'antalgie, avant de pouvoir évaluer l'évolution du patient et sa capacité de travail.

e. En date du 23 février 2023, le patient a eu un entretien avec le service de réadaptation de l'OAI. Il a exposé que sa demande de rente invalidité déposée auprès de la sécurité sociale portugaise avait été acceptée et qu'il percevait une rente mensuelle de EUR 400.-. S'agissant de sa situation médicale, il était en incapacité de travail depuis le 7 décembre 2021 et percevait les indemnités journalières de l'assurance perte de gain de son employeur. Il avait subi la pose d'un stimulateur neuro-médullaire en novembre 2022 à l'Hôpital de Morges et était dans l'attente du rapport médical du spécialiste (le Prof. B_____). S'agissant de son avenir professionnel, il disait ne plus pouvoir travailler mais espérait que l'OAI lui trouverait un travail adapté. Le rapport se terminait sur les informations données par l'OAI à l'assuré, notamment le principe de primauté de la réinsertion et de la réadaptation sur la rente, ainsi que l'exigibilité dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée et il était indiqué que l'OAI

restait dans l'attente de définir la capacité de travail de l'assuré par le biais d'un rapport médical demandé au spécialiste.

f. Le Prof. B_____ a fait suivre son rapport médical à l'OAI, qui l'a reçu en date du 24 avril 2023. Il mentionnait les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de sciatalgie et syndrome médullaire gauche avec faiblesse du membre inférieur ainsi qu'une cervicalgie chronique. Le traitement suivi était indiqué, soit l'implant d'un appareil de stimulation médullaire et il était mentionné que le patient était très satisfait de la pose du stimulateur médullaire puis ne s'était plus jamais présenté à l'Hôpital de Morges. Pour cette raison, le médecin ne pouvait pas décrire l'évolution de l'état de santé de son patient, ni indiquer s'il était en mesure de reprendre son activité professionnelle ou donner des informations sur sa capacité de travail.

g. Selon les indications fournies par l'assurance perte de gain maladie Bâloise Assurances SA (ci-après : la Bâloise) à l'OAI, l'assuré continuait de percevoir les indemnités journalières en cas de maladie au mois de mai 2023.

h. Un rapport médical a été demandé par l'OAI au docteur D_____, médecin assistant au centre médical de Morges, qui signait régulièrement les certificats d'incapacité de travail pour raison de maladie destinés à l'assuré. Ce dernier a répondu, dans un rapport médical du 7 juillet 2023, que son patient avait hâte de reprendre le travail mais qu'il relatait de grandes difficultés à trouver un travail adapté. Selon le médecin, il y avait une amélioration sur le plan des douleurs mais qui était actuellement insuffisante pour un travail physique ou en position assise prolongée. La poursuite du bilan était effectuée par l'équipe d'antalgie. Le médecin estimait qu'un travail physique n'était pas envisageable mais une activité professionnelle était possible en position assise/debout alternée à raison d'un travail à 50%, mais uniquement après une expertise dédiée. Il était encore mentionné que le patient n'était pas limité dans l'accomplissement des tâches ménagères et que le pronostic concernant sa capacité de travail était bon moyennant une « bonne amélioration de la douleur grâce à l'antalgie ». Le médecin précisait encore qu'aucun facteur ne faisait obstacle à une réadaptation professionnelle et que l'assuré aimerait profiter d'une telle réadaptation.

i. Dans un rapport médical daté du 31 août 2023, le service médical régional (ci-après : le SMR), de l'OAI a examiné le dossier médical de l'assuré et a considéré qu'au vu de la nature des atteintes à la santé et de l'évolution favorable des douleurs, après mise en place de mesures d'antalgie interventionnelle, une expertise orthopédique n'était pas nécessaire. Selon toute vraisemblance, la capacité de travail était nulle depuis le 7 décembre 2021 dans les activités habituelles de chauffeur poids-lourd, magasinier, qui ne respectaient pas les limitations fonctionnelles. En revanche, dans une activité adaptée légère et sédentaire, épargnant l'appareil locomoteur, sans port de charges lourdes, sans travail en porte-à-faux, sans travail en hauteur, sans déplacements répétés, ni marche prolongée et/ou en terrain irrégulier, la capacité de travail était entière

depuis le 24 novembre 2022, date de l'amélioration constatée après pose du neurostimulateur médullaire.

j. Par note du 27 septembre 2023, l'OAI a retenu un statut d'actif à 100% au moment de l'atteinte à la santé intervenue le 7 décembre 2021. L'assuré était employé comme magasinier, à 100%, depuis le 28 avril 2021 jusqu'au 31 mars 2022, date de la fin de ses rapports de travail après licenciement. Son salaire sans invalidité était fondé sur les éléments chiffrés fournis par son dernier employeur, soit un salaire à 100%, effectivement perçu en 2021, de CHF 58'500.-, actualisé pour l'année 2023, à CHF 59'565.-. Son salaire avec invalidité était fondé sur l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2020, TA1 tirage *skill level* 1, homme, tous domaines confondus, réactualisé pour l'année 2023 et aboutissait à un revenu brut avec invalidité de CHF 65'969.-.

B. a. Par projet de décision, daté du 2 octobre 2023, l'OAI a informé l'assuré de son refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Il était mentionné qu'à l'issue de l'instruction médicale, l'OAI reconnaissait une incapacité de travail entière dans l'activité habituelle, depuis le 7 décembre 2021 (début du délai d'attente d'un an), mais que dans une activité adaptée à son état de santé, l'OAI considérait que la capacité de travail était de 100%, depuis le 24 novembre 2022. S'agissant de la comparaison des revenus, un revenu sans invalidité de CHF 59'565.- était retenu et comparé avec un revenu brut avec invalidité de CHF 65'969.-, dont il résultait une perte de gain de 0% équivalente au taux d'invalidité.

b. Par e-mail du 26 octobre 2023, l'assuré a informé l'OAI qu'il ne pouvait pas être apte à travailler depuis le 22 novembre 2022 dès lors qu'il avait été opéré en date du 24 novembre 2022. Il n'était pas d'accord avec le projet de décision et joignait, en annexe, les rapports du Prof. B. _____ datés du mois de novembre 2022, déjà en possession de l'OAI.

c. Par décision du 5 décembre 2023, l'OAI a confirmé intégralement le projet de décision du 2 octobre 2023, mentionnant que suite à l'audition de l'assuré, les arguments qu'il avait soulevés ne permettaient pas de modifier la précédente appréciation. Il était encore mentionné que s'agissant des mesures professionnelles, ces dernières n'étaient pas indiquées : l'orientation professionnelle était inutile car il existait un large éventail d'activités non qualifiées à disposition de l'assuré ; le reclassement non plus car il n'y avait pas un manque à gagner durable de 20% au moins ; l'aide au placement était exclue dès lors qu'il n'y avait pas de difficultés, lors de la recherche d'un emploi, liées à l'état de santé.

C. a. Par courrier déposé au greffe de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), l'assuré a interjeté recours contre la décision du 5 décembre 2023. Il mentionnait que le refus était dû à son médecin traitant qui avait envoyé le certificat médical destiné à l'OAI en retard et que

l'OAI avait pris sa décision en affirmant qu'il était apte à travailler à partir du 24 novembre 2022, alors qu'il avait dû subir une opération ce même jour. Il indiquait que son souhait le plus cher était de recommencer à travailler et qu'il constatait n'avoir pas non plus droit à un accompagnement et concluait implicitement à l'annulation de la décision. Il joignait à son recours :

- un certificat médical daté du 7 décembre 2023, signé par le Dr D_____, attestant d'une incapacité de travail à 100%, du 1^{er} au 31 décembre 2023 ;
- une attestation du même médecin, également datée du 7 décembre 2023, à l'attention de la caisse de chômage, exposant que l'assuré présentait des limitations dans ses activités professionnelles suite à ses diagnostics médicaux. Il était suivi à l'antalgie à l'Hôpital de Morges ainsi qu'en neurochirurgie de ce même établissement et souffrait des limitations fonctionnelles suivantes : limitation à la station debout/assise prolongée d'une heure maximum et limitation à une activité physique légère (travail de bureau) avec alternance position debout/assis pour un maximum de 50% initialement. Il était précisé qu'une réinsertion professionnelle/formation pouvait conduire à un nouvel emploi et que l'assuré ne présentait pas de limitation neuro cognitive et possédait une excellente maîtrise de l'anglais ;
- un rapport médical intermédiaire adressé à la Bâloise, daté du 26 juin 2023 et signé par le Dr D_____, mentionnant qu'un travail physique n'était pas envisageable mais qu'une activité adaptée était exigible du point de vue médical, dans un travail non physique, à partir du 1^{er} août 2023, à raison de huit heures par jour, avec une tolérance exigible de 50% ;
- un courrier de l'office cantonal de l'emploi, daté du 15 janvier 2024, mentionnant que le dossier avait été annulé à cette date, pour incapacité de travail, mais qu'en cas de reprise, sur présentation d'un certificat de reprise, le demandeur d'emploi pouvait se réinscrire.

b. Par réponse datée du 26 février 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a relevé que le SMR avait analysé les pièces médicales transmises par les médecins traitants de l'assuré et avait considéré qu'à partir de la date de la pose du stimulateur, soit le 24 novembre 2022, les douleurs de l'assuré avaient diminué, ce qui correspondait à la date à laquelle sa capacité de travail dans une activité adaptée était reconnue par l'OAI. S'agissant de la limitation de la capacité de travail à 50% initialement, mentionnée par les médecins traitants, rien ne permettait de comprendre en quoi une activité adaptée devait être limitée à ce taux. Enfin, les certificats médicaux que l'assuré avait produits avaient déjà été pris en compte par l'OAI et le SMR ; il était admis que le facteur limitant, soit les douleurs principalement au membre inférieur gauche et les cervicalgies, ne permettait pas d'exclure une capacité de travail pleine dans une activité légère, respectant les limitations fonctionnelles, faute d'élément médical objectif.

c. Par courrier du 18 mars 2024, l'assuré a demandé une prolongation du délai de réplique qui lui avait été fixé au 21 mars 2024, ce qui lui a été accordé avec une prolongation échéant le 16 avril 2024.

d. L'assuré n'a pas réagi et les parties ont été informées, par courrier du 24 avril 2024, qu'en l'absence de détermination du recourant dans le délai prolongé au 16 avril 2024, la cause était gardée à juger en l'état du dossier.

e. Les autres faits et informations seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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.

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).

3. Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en décembre 2022 dès lors que le délai d'attente d'une année est venu à échéance en décembre 2022 et que la demande de prestations a été déposée en septembre 2022

(cf. art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de refus de prestations invalidité rendue par l'OAI en date du 5 décembre 2023.
6. 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, mentale ou psychique 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).
7. 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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

Selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait

valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

8.

8.1 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

8.2 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions 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).

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.

8.3 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une

expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

8.4 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8.5 Selon la jurisprudence, tant dans les cas de tableaux cliniques objectivables que non objectivables, le droit aux prestations de l'assurance-invalidité présuppose de la même manière une appréciation médicale compréhensible des effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain. Des difficultés à clarifier des faits ou à fournir des preuves peuvent nécessiter la prise en compte - au besoin en se procurant des informations étrangères à l'anamnèse - d'autres domaines de la vie comme des comportements durant les loisirs ou des engagements familiaux. Si les effets d'une symptomatologie douloureuse objectivable ou non objectivable (par imagerie médicale) sur la capacité de travail restent vagues et indéterminés malgré des investigations consciencieuses et complètes et si les limitations ne peuvent pas être justifiées autrement que par les données subjectives fournies par la personne assurée, la preuve du fondement de la prétention n'est pas apportée et n'est pas rapportable. L'absence de preuve correspondante doit être supportée par la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_27/2015 du 26 août 2015 consid. 6.1).

- 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

10. En l'espèce, le recourant conteste l'appréciation de l'OAI en se fondant, notamment, sur le rapport médical du 24 novembre 2022 du Prof. B_____ et sur les appréciations de son médecin, le Dr D_____.

L'OAI, de son côté, se fonde sur l'ensemble des pièces médicales et sur les appréciations de son SMR.

10.1 Il ressort de la documentation médicale présente au dossier et des pièces fournies par le recourant que ce dernier n'a plus jamais demandé d'intervention visant à diminuer ses douleurs, après la pose du stimulateur médullaire en date du 24 novembre 2022. Selon les dires du chirurgien et spécialiste de la consultation de la douleur, le Prof. B_____, le patient ne s'est plus présenté après la pose du stimulateur, le 24 novembre 2022 (rapport médical du 20 avril 2023 sous ch. 8).

Son médecin traitant, le Dr D_____, indique dans son rapport médical du 7 juillet 2023 qu'il observe une amélioration de la douleur, un bon pronostic mais qu'un travail physique n'est pas envisageable. Il mentionne également que l'assuré aurait hâte de reprendre le travail mais qu'il relate de grandes difficultés à trouver un travail adapté.

Il mentionne également qu'un travail à 50% en position assise/debout alternée est probablement possible « mais uniquement après expertise dédiée ». Néanmoins, le médecin traitant ne mentionne aucun élément objectif qui justifierait le taux de 50% pas plus qu'il n'explique si une expertise dédiée devrait porter sur la capacité de travail du recourant - auquel cas, on peine à comprendre sur quelle base il s'est fondé pour mentionner le taux de 50% - ou sur les capacités professionnelles et le rendement du recourant soumis à certaines activités, auquel cas il devrait être plutôt soumis à une observation professionnelle comme peut l'exécuter un organisme tel que les établissements publics pour l'intégration (EPI).

On peine également à comprendre les raisons pour lesquelles le Dr D_____ mentionne dans son rapport à la Bâloise, daté du 26 juin 2023, que son patient pourrait reprendre un travail à raison de huit heures par jour, dès le 1^{er} août 2023, avec une tolérance exigible de 50%, tout en mentionnant (rapport médical sous ch. 8.3), quelques lignes plus loin, qu'il pourrait travailler en « atelier protégé » puis en attestant, à l'attention de la caisse de chômage, en date du 7 décembre 2023, que l'assuré aurait besoin de mesures de réinsertion professionnelle et/ou de formation pour « conduire à un nouvel emploi ».

Ces éléments montrent une certaine confusion entre les limitations fonctionnelles liées à la santé et les limitations liées aux lacunes de formation et d'expérience professionnelle de l'assuré, étant rappelé que ces dernières ne doivent pas être prises en compte par l'OAI.

Le rapport du SMR, daté du 31 août 2023, rappelle les différentes étapes et le contenu des rapports médicaux qui montrent une évolution au fil du temps. Il est établi que la pose du neurostimulateur médullaire a amélioré la capacité de travail de l'assuré en contrôlant les douleurs et le fait qu'il ne se soit plus présenté à la

consultation de la douleur et n'ait plus recontacté le Prof. B_____ après le 24 novembre 2023 constitue un indice dans le sens d'une diminution drastique du seuil de douleurs.

L'assuré ne rencontre pas d'empêchement dans la sphère ménagère, selon ses déclarations au Dr D_____ et aucun élément objectif ne vient appuyer le taux de 50% avancé par le médecin traitant, étant rappelé que 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).

Compte tenu de ces éléments figurant dans le rapport du SMR, qui est cohérent et ne montre pas de contradictions, et vu que les appréciations du médecin traitant ne se fondent pas sur des éléments objectivement vérifiables, tels que l'imagerie médicale, mais sur les déclarations subjectives de l'assuré sur ses douleurs, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès le 24 novembre 2022.

Pour le surplus, la comparaison des revenus effectuée par l'OAI pour aboutir à un taux d'invalidité de zéro n'est pas critiquée par le recourant.

10.2 S'agissant d'éventuelles mesures de réadaptation, il sied de rappeler que, d'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

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

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation présuppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation, poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et les références), sans qu'il soit nécessaire de recourir à la procédure préalable de mise en demeure prévue par l'art. 21 al. 4 LPGA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_480/2018 du 26 novembre 2018 consid. 7.3 et les références ; 9C_59/2017 du 21 juin 2017 consid. 3.3 et les références), une telle procédure préalable n'étant requise que si une mesure de réadaptation a été commencée et qu'il est question de l'interrompre (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_783/2015 du 7 avril 2016 consid. 4.8.2 et les références). L'absence de capacité subjective de l'assuré doit toutefois être établie au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.3 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).

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 139 V 399 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 2 et les références), 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).

En l'occurrence, l'entretien du 23 février 2023 permet d'établir que l'assuré a débuté sa vie professionnelle à 12 ans, travaillant dans une boulangerie au Portugal,

puis a accompli son service militaire de 17 à 21 ans, lors duquel il a appris la conduite des poids-lourds et a travaillé, dès 22 ans comme chauffeur poids-lourds en transport international. En Suisse, il a travaillé dans une boulangerie industrielle et comme magasinier.

Il découle de ces éléments que le recourant ne dispose pas d'une formation très avancée et que son expérience professionnelle se limite à la conduite des poids-lourds, ainsi qu'au chargement et déchargement de marchandises.

Compte tenu de ces éléments et malgré le fait que selon son médecin traitant, l'assuré dispose d'excellentes connaissances en anglais, on peut postuler que ses difficultés à trouver une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles relèvent davantage de ses lacunes de formation à un travail administratif qu'à son état de santé.

Les possibilités théoriques de développement professionnel (lié en particulier à un complément de formation) ou d'avancement ne sont pas prises en considération, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblables qu'elles se seraient réalisées. Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de la personne assurée ne suffisent pas. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_434/2023 du 30 novembre 2023 consid. 3 et la référence).

Dans le cas présent, son employeur, chez lequel il exerçait la tâche de magasinier, n'a aucunement donné de garantie de reprise moyennant une formation adéquate compatible avec ses limitations fonctionnelles et l'a licencié au 31 mars 2022.

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. 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'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329 ; RCC 1989 p. 328 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le

caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

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 comparaison des revenus effectuée par l'OAI, il apparaît que l'assuré pourrait obtenir un salaire supérieur à ce qu'il percevait dans son dernier emploi, dans une activité sans formation particulière, ouverte dans tous les domaines et non pas restreinte au transport terrestre et à l'entreposage (ligne 49-52, tableau ESS 2020 TA1 *skill level* pour un homme).

Il découle de ce qui précède que, dans l'état actuel de ses moyens, l'assuré pourrait effectuer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans effort physique et sans formation particulière. Dès lors, la décision de l'OAI de refus de mesures professionnelles est conforme à la loi.

Il appartiendra à l'office cantonal de l'emploi, dès que l'assuré aura procédé à sa réinscription, d'examiner son cas et de lui proposer une formation *ad hoc*, afin d'améliorer son employabilité.

11. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.
12. Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, 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

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

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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