

GE_GERICHTE ATAS/1264/2012 vom 17. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1264_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1264/2012 du 17 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1264/2012 del 17 ottobre 2012

Erwägungen

E. 5

L'opposition formée par l'assuré a été rejetée par l'OAI, par décision du 12 janvier 2006.

E. 6

Le 24 janvier 2007, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.

E. 7

Le Dr L_____ a indiqué dans son rapport du 12 février 2007 que suite à un accident de moto survenu le 10 septembre 2005, le patient avait subi une fracture comminutive supracondylienne et du condyle externe du fémur droit, ostéosynthésée à deux reprises. En outre, une hépatite C chronique et une ostéoporose ont été découvertes. Le patient présentait des limitations fonctionnelles, il n'était plus capable d'exercer une activité nécessitant des déplacements, le port de charges et la mobilisation du tronc. Un reclassement professionnel semblait aléatoire.

E. 8

Après avoir requis les rapports d'hospitalisation établis par les Dresses M_____ et N_____, des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG) ainsi que de la Clinique genevoise de Montana, l'OAI a soumis le cas à son service médical. Par avis du 26 juillet 2007, le SMR a admis que dans une activité adaptée, le recourant disposait d'une capacité de travail totale depuis le 1er décembre 2005.

E. 9

Par décision du 30 octobre 2007, l'OAI a rejeté la demande de rente ainsi que de mesures professionnelles, motif pris que son degré d'invalidité s'élevait à 10 %.

A/4179/2011 - 3/15 -

E. 10

L'assuré, représenté par sa mandataire, a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent.

E. 11

Par arrêt du 28 mai 2008, le TCAS a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a jugé qu'aucun rapport médical ne permettait d'étayer l'avis du SMR selon lequel il était exigible du recourant qu'il reprenne une activité adaptée à 100 %, que de nouvelles atteintes à la santé avaient été diagnostiquées et que l'on ne connaissait pas l'évolution de l'état de santé de l'assuré durant l'année 2006. L'intimé était invité à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire et, le cas échéant, déterminer si des mesures professionnelles devront être mises en place.

E. 12

L'intimé a mandaté la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) de Sion. L'assuré y a séjourné du 21 février au 23 février 2011. Le Dr O _____, spécialiste FMH en médecine interne, expert principal, a effectué l'anamnèse et un examen clinique, le Dr P _____, spécialiste FMH en médecine interne et FMH en rhumatologie, a procédé à l'expertise rhumatologique, la Dresse P _____, chef de clinique, et le Dr R _____, chef de service, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à l'expertise psychiatrique. L'assuré a fait l'objet d'une évaluation des capacités fonctionnelles et d'une évaluation en atelier professionnel. Dans leur rapport d'expertise du 21 mars 2011, les experts ont retenu, au titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, une limitation fonctionnelle de l'épaule gauche liée à une probable fracture sous-capitale dans la petite enfance, non diagnostiquée, une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, une limitation fonctionnelle du genou droit sur gonarthrose débutante et sur un status après ostéosynthèse pour fracture comminutive supra-condylienne du fémur droit ainsi qu'une lombalgie vraisemblablement non spécifique. Les autres diagnostics, à savoir l'hépatite C, la consommation abusive, régulière d'alcool, l'ostéoporose et le tabagisme chronique n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. De l'anamnèse socio-professionnelle il résulte que l'assuré a effectué un apprentissage de décolleteur, sans obtenir de diplôme, métier dans lequel il a très peu travaillé. Dès l'âge de 18 ans, il a voyagé à travers le monde (Proche-Orient, Moyen-Orient), puis en Asie. Durant une dizaine d'années, il a partagé son temps entre de longs séjours en Asie (Inde, Népal) et des temps plus brefs en Suisse. Entre deux voyages, il rentrait au pays, travaillait quelque temps pour gagner suffisamment d'argent afin de pouvoir repartir. Dès la naissance de sa fille en 1992, il a renoncé définitivement à son mode de vie de voyageur et s'établit dans un mode de vie sédentaire à Genève. De 1992 à 1995, il alterne de brèves périodes de travail comme manœuvre et des périodes de chômage plus longues. Dès 1995, il perçoit des prestations pour chômeurs en fin de droit (RMCAS) et après une période de deux ans où il a été placé comme aide-jardinier, il n'a plus aucune activité lucrative

A/4179/2011 - 4/15 - professionnelle. Actuellement, il bénéficie de l'aide sociale versée par l'Hospice général. L'expert rhumatologue a relevé sur le plan ostéo-articulaire notamment un bras gauche plus court de 5 cm avec une hypotrophie musculaire de l'hémiceinture scapulaire gauche, une importante limitation fonctionnelle de l'articulation gléno-humérale. Il existe une importante déformation du genou droit. L'assuré paie le prix de ses abus éthylo-tabagiques par différentes atteintes à la santé : au plan ostéo-articulaire, on relève surtout une ostéoporose ayant vraisemblablement favorisé les fractures des membres inférieurs, notamment une fracture sus-condylienne du genou droit. Il existe objectivement une atteinte significative à la santé physique. Selon l'expert, face à un sujet marginal, dont le parcours existentiel a été chaotique, il est délicat d'apprécier le retentissement fonctionnel précis des atteintes. A l'évidence, on ne peut plus exiger de lui une activité nécessitant les gestes répétés au-dessus de la ligne des épaules, les emplois nécessitant la marche sur plus de 200 m, sur des plans surélevés ou sur des échelles ou le port de charges excédant 5 à 10 kg. On ne voit guère qu'une activité à un établi avec possibilité de changer de position plusieurs fois par heures. Le taux exigible dans une activité respectant ces limitations ne peut être fixé qu'au sein de la discussion interdisciplinaire qui prendra en compte les autres atteintes. Ce taux ne pourra être que médico-théorique, car à l'évidence, pour des raisons à la fois médicales et non médicales, l'assuré ne reprendra jamais une activité rémunérée. Sur le plan psychiatrique, l'expert relève que malgré le mode marginal

et un parcours de vie chaotique, un trouble psychotique ou un trouble de la personnalité peut être écarté. L'expert revendique son mode de vie. Certains éléments suggèrent des ressources adaptatives s'étendant au-delà des relations sociales superficielles, limitées, notamment par un évitement des situations de surcharge, un mode de vie peu stimulant et une désinsertion professionnelle de plus de quinze ans. Il n'envisage d'aucune manière être en mesure de modifier son mode de vie. Aucun diagnostic psychiatrique à valeur incapacitante ne peut être retenu. Cependant, le tableau clinique paraît faiblement compatible avec la reprise d'une activité professionnelle même réduite, sauf peut-être dans un environnement protégé à but social. L'observation aux ateliers professionnels a mis en évidence un rendement beaucoup plus faible que la moyenne et la qualité du travail est très hétérogène. Les limitations fonctionnelles ont été objectivées. Dans leur avis de synthèse, les experts considèrent unanimement que le contexte psychosocial et l'absence d'insertion stable dans le monde du travail depuis l'âge de 18 ans conduisent inévitablement à donner une estimation médico-théorique, bien que sous-tendue par les diagnostics incapacitants retenus. La capacité de travail résiduelle de l'assuré est de 50 % au maximum dans une activité adaptée. Un

A/4179/2011 - 5/15 - absentéisme probablement important viendrait encore réduire la notion de rendement, déjà faible. Au final, dans le meilleurs des cas, la reprise d'une activité aurait plus de chance en environnement protégé.

E. 13

Considérant que les experts n'expliquaient pas pourquoi ils s'écartaient de l'évaluation du SMR qui a retenu, à deux reprises, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, la Dresse Q _____, du SMR, a requis de la CRR des explications complémentaires en date du 2 mai 2011.

E. 14

Dans sa réponse du 10 mai 2011, le Dr P _____, chef de service de la CRR, explique que les experts n'ont pas tenu compte du contexte extrêmement lourd de l'assuré, respectivement du passé éthylo-tabagique et toxicomane, ni du comportement asocial. Pour évaluer la capacité de travail, ils se sont essentiellement basés sur les limitations fonctionnelles au plan ostéo-articulaire, qui sont très importantes pour l'épaule gauche surtout et, dans une moindre mesure, bien que significatives elles aussi, pour le genou. Manifestement, dans une activité manuelle, la seule qu'on peut exiger d'un tel sujet, la capacité est diminuée et elle a été estimée au sein de la discussion interdisciplinaire, à 50 %. Compte tenu de toutes les singularités de la situation, la date du début de l'incapacité de longue durée est également difficile à fixer ; les experts proposent de retenir le début de l'année 2006.

E. 15

L'OAI a mis en œuvre une enquête ménagère. Selon l'enquêtrice, l'assuré a occupé divers petits emplois temporaires pour financer ses voyages (au Népal puis en Inde) jusqu'en 1991. Depuis son retour définitif en Suisse en 1992, l'assuré a connu des périodes de chômage. Depuis 1995, il a bénéficié du RMCAS, puis de prestations de l'Hospice général. Sans atteinte à la santé, l'assuré déclare qu'il aurait travaillé à 100 %. Au vu de ses CI, l'enquêtrice relève qu'il semble peu vraisemblable de lui attribuer un statut d'actif, ce d'autant que selon l'expertise il n'envisage d'aucune manière de modifier son mode de vie. Sans atteinte à la santé, il continuerait de bénéficier de prestations de l'Hospice général et se

contenterait de ce revenu. Les empêchements dans la sphère ménagère ont été évalués à 9 %.

E. 16

Par décision du 2 novembre 2011, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente ainsi que de mesures d'ordre professionnel, motif pris que son degré d'invalidité est de 9 % dans l'accomplissement de ses travaux habituels.

E. 17

Par l'intermédiaire de sa mandataire, l'assuré interjette recours en date du 16 janvier 2012, contestant le statut de ménager. Dans son écriture complémentaire, le recourant fait valoir qu'il a répondu de façon claire à l'enquêtrice qu'il travaillerait à 100 % sans atteinte à la santé. Pour le surplus, lorsqu'il revenait en Suisse, il travaillait à 100 % ou s'inscrivait auprès des autorités sociales tel le chômage afin d'économiser de l'argent pour pouvoir éventuellement répartir. Avant son incapacité de travail totale de début 2006, il a travaillé de façon intermittente aux

A/4179/2011 - 6/15 - fins de consacrer une part importante de son temps à ses loisirs, et non pour se consacrer à des travaux habituels. Il revendique en conséquence le statut de personne active. Pour le surplus, les experts ont retenu une capacité de travail résiduelle de 50 % et il convient de retenir une importante baisse de rendement de 25 %. Le recourant conclut à l'octroi de trois quarts de rente avec effet au 1er janvier 2007.

E. 18

Dans sa réponse du 1er mars 2012, l'intimé conclut au rejet du recours, considérant que le statut de personne active ne peut être retenu, dès lors que depuis 1993, le recourant n'a plus travaillé. Au vu des revenus inscrits sur l'extrait du compte individuel du recourant, l'intimé considère que le statut mixte peut être retenu, soit une personne active à 50 %. Compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 50 %, le degré d'invalidité s'élève, après comparaison des gains et un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité, à 32 %, taux qui n'ouvre pas droit à une rente.

E. 19

Après communication de cette écriture au recourant, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès 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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er 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). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1er janvier 2008, 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). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas

A/4179/2011 - 7/15 - amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié 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). 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable. 4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance- invalidité suite à l'aggravation de son état de santé, plus particulièrement sur la question de son statut et du degré d'invalidité. 5. a) 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 1er janvier 2008). b) 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. c) 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. 28 al. 2 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

A/4179/2011 - 8/15 - La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (arrêt I 693/06 du 20 décembre 2006, consid. 4.1). 6. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous

l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [jusqu'au 31 décembre 2007: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2008: art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [jusqu'au 31 décembre 2007: art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA; depuis le 1er janvier 2008: art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [jusqu'au 31 décembre 2007: art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA; depuis le 1er janvier 2008: art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assurée, si elle était demeurée valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396; 125 V 146 consid. 2c p. 150; 117 V 194 consid. 3b p. 195 et les références).

A/4179/2011 - 9/15 - 7. 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). 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). 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). 8. En l'espèce, il résulte de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR que le recourant n'est plus en mesure d'exercer une activité de décolleteur ou de jardinier, pour des raisons somatiques. L'expert rhumatologue a relevé qu'objectivement, derrière l'écran opaque que crée le statut de marginal et l'aspect de clochard, il existe une atteinte significative à la santé physique, principalement une importante limitation fonctionnelle de l'épaule gauche et du genou droit. Radiologiquement, pour l'épaule, les modifications sont considérables. Plus loin, l'expert indique que le

A/4179/2011 - 10/15 - retentissement fonctionnel précis des atteintes ostéo-articulaires est d'appréciation délicate, l'assuré interdisant par son comportement global une approche médicale standardisée. Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic psychiatrique à valeur incapacitante ne peut être retenu. L'expert psychiatre ajoute toutefois que l'ensemble du tableau clinique paraît très faiblement compatible avec la reprise d'une activité professionnelle même réduite ou dans un environnement protégé. Cela étant, les experts ont conclu que dans une activité adaptée, sédentaire ou légère, respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail résiduelle est de 50 % au maximum, vraisemblablement depuis le début de l'année 2006. Un absentéisme probablement important viendrait encore réduire la notion de rendement, déjà faible. Dans ses explications complémentaires du 10 mai 2011 à l'attention du SMR, le Dr P _____, de la CRR, a précisé que les experts n'ont pas tenu compte du contexte extrêmement lourd de cet assuré, respectivement du passé éthylo-tabagique et toxicomane, ni du comportement asocial : pour l'évaluation de la capacité de travail, ils se sont essentiellement basés sur les limitations fonctionnelles au plan ostéo-articulaire, qui sont très importantes. Le SMR s'est ainsi rallié aux conclusions des experts. Il a admis que le recourant présentait une incapacité de travail totale et définitive depuis le 10 septembre 2005 dans son activité habituelle, et une capacité de travail résiduelle raisonnablement exigible au plan strictement médical de 50 % depuis le 1er janvier 2006. Quant au recourant, il ne conteste pas l'évaluation de la capacité de travail résiduelle telle que définie par les experts. La Cour de céans n'a pas de motif de s'écarter de l'appréciation faite par la CRR concernant la capacité de travail résiduelle du recourant, à savoir un taux de 50 % au maximum dans une activité adaptée, les conclusions des experts étant particulièrement bien étayées et motivées. Ce taux, bien que médico-théorique, a été discuté en consilium et les experts ont tenu compte des importantes limitations fonctionnelles engendrées par les atteintes ostéo-articulaires. S'agissant en revanche de la baisse de rendement, force est de constater que les experts ne l'ont pas chiffrée. Ils ont néanmoins relevé qu'un absentéisme probablement important viendrait encore réduire la notion de rendement, déjà faible, ainsi qu'ils ont pu l'observer aux ateliers de la CRR. Au final, dans le meilleur des cas, la reprise d'une activité aurait plus de chance en

environnement protégé ainsi que l'expert psychiatre l'a relevé. Le recourant considère quant à lui qu'il convient de tenir compte de la baisse de rendement importante signalée par les experts, qu'il estime à 25 %. La Cour de céans constate que lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles, des signes d'autolimitation ont été objectivés lors d'épreuves sollicitant le rachis, le membre supérieur gauche et le genou droit, chez un sujet qui sous-estime néanmoins ses capacités fonctionnelles. Quant à l'observation aux ateliers

A/4179/2011 - 11/15 - professionnels, elle a permis de conclure que bien que totalement coopérant à la mesure et participant sans retenue aux activités proposées, le rendu global de l'activité du recourant est beaucoup plus faible que la moyenne et la qualité du travail très hétérogène. Les limitations fonctionnelles, notamment au niveau de l'épaule gauche, ont été objectivées et au vu de l'observation en atelier, seule une activité sédentaire, avec nécessité cependant de modification posturale fréquente et alternance des positions debout/assise serait possible. Cependant, les maîtres d'ateliers relèvent que d'autres paramètres personnels et environnementaux interfèrent sur les capacités du recourant à reprendre une activité adaptée. La Cour de céans relève qu'une baisse de rendement n'a pas pu être évaluée précisément par les experts, compte tenu de la particularité du cas. Cela étant, la baisse de rendement signalée par les experts est déterminée essentiellement par un probable absentéisme important, en raison de facteurs personnels et environnementaux dont on ne peut tenir compte. Au vu de ce qui précède et compte tenu de la singularité du cas, une diminution de rendement médicalement justifiée ne peut être retenue par la Cour de céans.

9. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant. a) Est litigieuse en premier lieu la question de savoir quelle méthode d'évaluation de l'invalidité doit être appliquée en l'occurrence. L'intimé a considéré le recourant comme une personne non active et appliqué la méthode spécifique, alors que le recourant revendique le statut de personne active. Dans sa réponse au recours, l'intimé est d'avis que la méthode mixte peut être utilisée dans le cas du recourant, au vu de la situation concrète et au regard de la vraisemblance prépondérante. Cela étant, le degré d'invalidité obtenu en retenant la méthode mixte s'élève à 32 % et n'ouvre pas droit à une rente. Concernant la méthode mixte, applicable aux assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel et consacrent le reste du temps à leurs travaux habituels, la Cour de céans ne voit pas sur quelle base l'on pourrait y recourir. En effet les pièces du dossier ne permettent pas de conclure que le recourant aurait travaillé à temps partiel. Durant de nombreuses années, il a travaillé par intermittence, pour économiser de l'argent afin de financer ses voyages dans différentes régions du monde où il résidait parfois durant d'assez longues périodes, ce qui ressort d'ailleurs de l'extrait de son CI. Depuis la naissance de sa fille en 1992, il a renoncé à voyager et s'est installé à Genève. Il a perçu des indemnités de chômage en 1991, 1992, 1993 et 1994, puis des prestations pour chômeurs en fin de droit (RMCAS) versées par l'Hospice général. Enfin, le recourant n'a jamais déclaré avoir travaillé à temps partiel ou envisagé de la faire pour s'occuper le reste du temps de la tenue de son ménage ou pour vaquer à ses travaux habituels et rien dans le dossier ne permet de conclure en ce sens (voir à ce sujet ATF 9C_472/2011 du 21 octobre

A/4179/2011 - 12/15 - 2011). Au contraire, il résulte du rapport d'enquête ménagère que sans atteinte à la santé, le recourant a clairement affirmé sa volonté de travailler à 100 % (cf. pièce no. 81 intimé), ce qu'il a réitéré dans le questionnaire servant à déterminer le statut (cf. pièce no. 90 intimé). Par conséquent, la méthode mixte n'est pas applicable en l'espèce. L'intimé a considéré le recourant comme un « assuré ménager », considérant qu'il n'a plus travaillé depuis 1993, alors qu'il n'avait pas encore subi d'incapacité de travail. Il

convient de rappeler que la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité est applicable aux assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé d'eux qu'ils en exercent une. Or, en l'occurrence, si le recourant ne travaille plus depuis plusieurs années, c'est essentiellement pour des raisons psycho-sociales : en effet, après les indemnités de chômage, des périodes de travail placées par le chômage, il a émargé au RMCAS. Il a connu des problèmes de santé (dépendance à l'alcool) qui n'ont pas été reconnus incapacitants du point de vue de l'assurance-invalidité, mais qui sans doute ne lui ont plus permis de retrouver du travail dans les métiers lourds qu'il a exercés. Cela est toutefois sans influence sur la méthode d'évaluation, car, du point de vue strictement médical et abstraction faite des facteurs psycho-sociaux, on peut raisonnablement exiger du recourant qu'il exerce une activité lucrative. Par conséquent, la Cour de cassation est d'avis que le recourant doit être considéré comme une personne active, de sorte qu'il convient, pour l'évaluation de son degré d'invalidité, de procéder à la comparaison des revenus. b) 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). En l'occurrence, le moment déterminant pour l'ouverture éventuel du droit à la rente est septembre 2006. En l'absence de données spécifiques émanant d'un ancien employeur et d'un revenu effectivement réalisé par le recourant, il convient de se référer aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique, aussi bien pour le revenu sans invalidité que pour le revenu d'invalidité (voir notamment ATF I 168/05). Il y a lieu à cet égard de se rapporter à la valeur médiane ou valeur centrale afférente aux salaires bruts standardisés (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323 s.). En 2006, le gain déterminant pour un homme exerçant des activités simples et répétitives est de 4'732 fr. par mois pour 40 heures de travail par semaine (ESS 2006, tableau 1, niveau 4). Ajusté à une durée hebdomadaire usuelle de travail de 41,7 heures dans les entreprises

A/4179/2011 - 13/15 - cette même année (La vie économique, 7-8/2012, p. 90, tableau B 10.3), ledit gain s'élève à 4'933 fr. par mois, soit 59'197 fr. par année. Rapporté à la capacité résiduelle de travail de 50 % du recourant, ce revenu se monte à 29'598 fr. 50, sur lequel il convient encore de procéder à un abattement. Selon la jurisprudence, 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. La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 sv. et 6 p. 81). En l'espèce, le recourant considère qu'un abattement de 25 % se justifie au regard de son âge, de son absence de diplôme et de réelle formation, de son déconditionnement physique ainsi que de son absence du monde du travail depuis de longues années. L'intimé, dans sa réponse au recours, retient un abattement de 10 %, compte tenu de l'âge et du fait que seule une activité légère est possible. La Cour de cassation considère qu'un abattement de

15 % est approprié au cas d'espèce, compte tenu non seulement de l'âge du recourant (56 ans au moment de la décision litigieuse), mais aussi des limitations fonctionnelles liées au handicap et du taux d'occupation. Le gain d'invalidité s'élève ainsi à 25'158 fr., aboutissant à un degré d'invalidité de 57,60 %, arrondi à 58 %. Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 58 % ouvre droit à une demi-rente d'invalidité. Compte tenu du dépôt de la demande (janvier 2007) et du début de l'incapacité de travail durable (le 10 septembre 2005), le droit à la rente prend naissance le 1er septembre 2006 (cf. art. 29 al. 1 let. b LAI, en sa teneur en vigueur au 31 décembre 2007).

A/4179/2011 - 14/15 - 10. Bien fondé, le recours est admis. 11. Au vu du sort du litige, le recourant, représenté par une avocate, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens que la Cour de céans fixe en l'espèce à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA, RSGE E 5 10). 12. Conformément à l'art. 69al. 1bis LAI, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé.

A/4179/2011 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.