

## **GE\_GERICHTE A/1652/2010 vom 10. Mai 2011**

GE Cour de justice, 2011-05-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1652\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1652_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/1652/2010 du 10 mai 2011

IT: GE\_GERICHTE A/1652/2010 del 10 maggio 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

ère Chambre En la cause Monsieur S \_\_\_\_\_, au Lignon, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marianne BOVAY recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur S \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1959, a travaillé dès 1986 en tant qu'ouvrier dans la construction métallique. Le 17 mai 2005, l'assuré a subi une fracture du calcanéum lors d'une chute dans les escaliers sur son lieu de travail, à la suite de laquelle il a été en incapacité de travail totale. La CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (SUVA) a pris en charge le cas. Dans un rapport du 17 octobre 2005, le Dr A \_\_\_\_\_, médecin auprès de la clinique d'orthopédie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG), a posé le diagnostic de fracture du calcanéum en indiquant que l'évolution était lentement favorable, l'assuré devant encore poursuivre des séances de physiothérapie pendant environ six mois. Un dommage permanent était à craindre. Le 11 janvier 2006, le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré. Dans son rapport, ce médecin a indiqué que l'assuré, qui ne présentait aucun signe d'aggravation, ne pouvait marcher sans cannes en raison des douleurs dans la partie postérieure du pied droit, irradiant jusqu'au sommet de la jambe. L'arrière-pied présentait une tuméfaction diffuse, l'accroupissement et l'appui monopodal à droite étaient impossibles. La palpation était douloureuse et sensible au niveau infra-malléolaire interne. Le Dr B \_\_\_\_\_ a considéré que la situation n'était pas du tout stabilisée, une arthrodeèse étant envisagée, et l'incapacité de travail tout à fait justifiée. Le 28 février 2006, l'assuré a eu un entretien avec la SUVA. Il a déclaré que son travail, soit la confection de portes métalliques, impliquait le port de lourdes charges et de longs déplacements. Il se déplaçait encore avec des cannes, sa cheville était douloureuse et son pied enflé. A la même date, il a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI), tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel et d'une rente. Dans un certificat du 14 mars 2006, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré menait une vie sédentaire et ne pouvait travailler, marcher convenablement ou faire de l'exercice. Il avait pris 13 kilos depuis son accident et le médecin avait conseillé de la physiothérapie aquatique afin d'éviter des complications d'excédent de poids et une surcharge de la cheville traumatisée. Dans son rapport du 20 mars 2006, le Dr A \_\_\_\_\_ a confirmé son diagnostic et indiqué que l'évolution était défavorable en raison de la persistance des douleurs. Une arthrodeèse serait probablement nécessaire et un dommage permanent était à craindre. L'incapacité de travail était totale. Dans le questionnaire qui a été rempli par l'employeur en date du 5 avril 2006, celui-ci a indiqué que l'assuré avait été employé à son compte en tant qu'ouvrier du 25 juillet 1994 au 31 mai 2005, son contrat de travail ayant été résilié en raison de difficultés économiques. Selon les décomptes de salaires joints, l'assuré avait réalisé un revenu annuel

brut (treizième salaire inclus) de 56'457 fr. en 2004 et 57'016 fr. 20 en 2005. Dans son rapport du 5 juillet 2006, le Dr A\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de syndrome neuroalgodystrophique du pied droit compliquant une fracture du calcanéum droit traitée de manière non chirurgicale. L'incapacité de travail était totale depuis le 17 mai 2005 et l'état de santé de l'assuré stationnaire mais susceptible d'être amélioré par des mesures médicales. Des mesures professionnelles étaient indiquées. Le Dr D\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du Service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué dans son rapport du 18 juillet 2006 que l'assuré avait subi une fracture du calcanéum droit, avec un syndrome neuroalgodystrophique post-traumatique confirmé par la clinique et la scintigraphie. Son traitement médical par calcitomie, bains écossais et physiothérapie se poursuivrait encore six mois à un an. Un dommage permanent était à craindre, sous forme de raideur de la cheville et du pied et d'arthrose sous-astragaliennne droite. Dans un questionnaire du 15 janvier 2007, l'employeur a indiqué que le revenu de l'assuré aurait été de 57'759 fr. en 2006 et 2007. Dans un rapport du 7 février 2007, le Dr E\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du Service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, sans aucune amélioration. Une arthrodèse sous-astragaliennne était nécessaire, et serait suivie d'une rééducation sur six à douze mois. Une reprise du travail dans l'activité habituelle était difficilement envisageable, même en cas d'intervention chirurgicale, en raison de la position debout et du port de charges inhérents à ce métier. Le 8 mars 2007, l'assuré a subi une arthrodèse sous-astragaliennne en distraction. Le Dr E\_\_\_\_\_, qui a pratiqué l'intervention, a posé le diagnostic d'arthrose sous-astragaliennne post-traumatique du pied droit avec perte de hauteur de l'arrière-pied. Le 21 mai 2007, le Dr E\_\_\_\_\_ a décrit une évolution lente avec persistance de fortes douleurs en soulignant que radiologiquement, l'arthrodèse était consolidée en bonne position. Le traitement se poursuivrait jusqu'à mars 2007. Le 4 juin 2007, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport que les douleurs de l'assuré restaient très importantes, et son état de santé était stationnaire. Le médecin observait une compliance optimale et une concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Il a noté qu'une reprise du travail en tant qu'ouvrier était impossible en raison du port de lourdes charges. Dans son rapport du 31 juillet 2007, le Dr E\_\_\_\_\_ a décrit l'évolution de l'assuré comme lentement favorable, avec moins de douleurs mais un pied très rigide et tuméfié. Un dommage permanent était à craindre en raison des douleurs, de la difficulté à marcher, et de l'impossibilité de porter des charges. Le médecin préconisait que l'employeur procure un travail approprié à l'assuré. Dans un avis du 2 octobre 2007, la Dresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'AI (SMR) a exposé qu'une fracture du calcanéum pouvait évoluer très lentement et qu'il semblait d'ores et déjà impossible que l'assuré reprenne une activité professionnelle lourde demandant le port de charges ou une position debout prolongée. Une autre activité professionnelle était néanmoins exigible et il convenait d'interroger le Dr E\_\_\_\_\_ sur l'évolution, les limitations fonctionnelles de l'assuré, sa capacité de travail dans une activité adaptée et la date dès laquelle une réadaptation professionnelle serait envisageable. Le Dr G\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès de la clinique d'orthopédie des HUG, dans son rapport du 22 octobre 2007, a posé le diagnostic d'arthrose sous-astragaliennne post-traumatique en indiquant que l'assuré présentait encore des douleurs et qu'il convenait de lui procurer des semelles sur mesure. Dans un rapport du 13 novembre 2007, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Il fallait envisager une adaptation des semelles plantaires à titre de mesure thérapeutique. L'assuré était limité dans la marche en raison des douleurs,

et ses plaintes et l'examen clinique concordait. Le 20 novembre 2007, le Dr B\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois examiné l'assuré. Il a relevé que l'assuré était attristé par son état et préoccupé par sa situation. L'assuré n'était pas satisfait du résultat de l'opération, ne supportait pas le froid, son pied enflait et il devait utiliser une canne. Ses douleurs étaient quasiment permanentes. La physiothérapie n'amenait en outre guère d'amélioration. Le Dr B\_\_\_\_\_ a constaté une prise de poids de 5 kilos depuis le dernier examen, et noté que l'assuré pouvait marcher sans canne avec un mauvais appui du pied droit, et un appui monopodal mal réalisé. La marche sur talons était possible, à l'inverse de la marche sur la pointe des pieds. L'accroupissement n'était qu'ébauché en raison des douleurs. La palpation et la pression de tout l'arrière pied droit étaient très sensibles, mais il n'y avait pas de tuméfaction particulière ou de signe inflammatoire. La force d'appui était de 30 kilos à droite contre 90 kilos à gauche. Le médecin a relevé que l'évolution était défavorable avec un syndrome algique quasiment permanent et un mauvais appui du pied droit en raison d'un varus persistant du pied opéré. Les radiographies récentes montraient en outre une ostéopénie diffuse et une consolidation au niveau de l'arthrodèse. Le médecin en a conclu que la situation n'était pas stabilisée, et préconisait une prise en charge par la CLINIQUE ROMANDE DE RÉADAPTATION. L'assuré a séjourné à la CLINIQUE ROMANDE DE RÉADAPTATION du 3 janvier au 6 février 2008. Le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et en chirurgie orthopédique et le Dr I\_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1), et les diagnostics secondaires suivants: fracture du calcanéum droit (T 93.2), algodystrophie du pied droit au décours (M 89.0), arthrodèse sous-talienne droite en distraction (Z 98.0) et trouble statique du pied droit avec marche sur le bord externe du pied et suspicion de dérotation interne du pied (T 93.2). L'assuré présentait en outre les comorbidités suivantes: trouble de l'adaptation avec rédaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22), obésité de grade I (E 66.9), hyperlipidémie mixte, avec hyperuricémie (E 78.0, E 79.0). Lors de l'examen à l'entrée, ces médecins ont constaté à la marche une boiterie avec marche sur le rebord externe du pied droit et une absence totale de déroulement du pas. L'appui bipodal était précaire, et l'appui unipodal impossible à tenir plus de quelques secondes. L'accroupissement était limité à 120° de flexion de genou, et le patient pouvait se mettre à genoux au prix d'aménagements. Le status analytique du membre droit lésé était sans particularité. L'examen des chevilles et des pieds a révélé un aspect différent de la peau du côté droit, avec une cicatrice plane non inflammatoire. Il y avait un empâtement de l'arrière-pied sans signe dystrophique flagrant, des callosités discrètement augmentées sur le bord externe du pied, et un discret affaissement de la voûte plantaire sans déviation de l'axe de l'arrière-pied. La palpation du calcanéum était douloureuse. L'assuré ne pouvait effectuer de petits cercles, la flexion dorsoplantaire de la cheville était limitée à 5°-0°-10° à droite contre 20°-0°-40° à gauche. Les mouvements de pronation et de supination étaient de quelques degrés à droite, et il n'y avait aucune mobilité de l'arrière-pied à droite. Les orteils et l'avant-pied étaient très enraidis avec une mobilisation difficile. Les médecins n'ont détecté aucun signe en faveur d'un tunnel tarsien ou d'un phénomène de Morton. A l'examen neurologique, les réflexes ostéo-tendineux étaient vifs et symétriques, sauf pour l'achilléen droit qui n'avait pu être testé. Les réflexes cutanés plantaires étaient indifférents des deux côtés, et la sensibilité tacto-algique normale. Le testing musculaire pour l'ensemble des muscles testés était de 5. A l'exception d'une perte pondérale de deux kilos, le status était inchangé à la sortie de l'assuré. Les médecins ont relaté que l'assuré se plaignait de douleurs dès le matin, qui pouvaient diminuer à l'échauffement avant de réapparaître en cas d'efforts,

et de douleurs nocturnes. Il indiquait également un changement de couleur du pied, une sensation de chaleur et des sueurs parfois localisées. Ils ont également noté un changement manifeste d'humeur lié à l'incapacité de travail prolongée. L'examen clinique montrait un patient globalement déconditionné, présentant une obésité, peu de signes dystrophiques au niveau du pied à l'exception d'une peau différente, sans température plus élevée à l'examen. Un enraidissement global de la cheville et du pied avec des douleurs à la mise en charge et à la mobilisation était constaté. Un consilium psychiatrique avait été demandé, et la Dresse J\_\_\_\_\_ avait fait état d'une thymie abaissée avec une souffrance psychique, le discours étant centré sur les plaintes somatiques, les douleurs et les limitations fonctionnelles. L'assuré refusait toute prise en charge médicamenteuse ou psychologique du trouble de l'adaptation diagnostiqué. Un bilan radiologique avait également été effectué. Les résultats montraient un matériel d'arthrodèse en place sans débricolage, avec une déminéralisation diffuse, sans aspect moucheté significatif. Une scintigraphie osseuse avait permis d'exclure une algodystrophie, mais les éléments d'hypercaptation de la région astragalocalcanéenne étaient en faveur d'une consolidation incomplète de l'arthrodèse. Un scanner de l'arrière-pied avait confirmé la non consolidation de l'arthrodèse, et les images semblaient confirmer une dérotation interne des axes. Ce trouble statique demeurait toutefois complexe à évaluer, raison pour laquelle une consultation spécialisée auprès du Dr K\_\_\_\_\_, médecin adjoint du service de chirurgie orthopédique des HUG, devait être organisée. L'assuré avait également suivi des séances de physiothérapie. Il s'y était montré ponctuel, mais restait centré sur ses douleurs, ce qui rendait les exercices difficiles à réaliser. Les mobilités étaient difficiles à réaliser en raison de contrepulsions musculaires. Il n'existait aucune amélioration ni subjective, ni objective. Le sevrage de la canne n'avait pu être effectué. Du point de vue fonctionnel, la situation était stable. L'assuré avait également réalisé des activités dans les ateliers professionnels par périodes de deux heures, principalement assis. Sa dextérité était insuffisante dans les petites tâches répétitives, son rendement était diminué et les plaintes nombreuses. L'assuré était toutefois considéré comme authentique. S'il avait parfaitement compris qu'un changement d'activité était obligatoire, il n'était pas encore prêt à progresser sur le plan de l'évolution professionnelle en raison d'un trouble de l'adaptation. En conclusion, les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ont retenu que la situation n'était pas encore stabilisée compte tenu des questions persistantes sur le plan orthopédique. L'incapacité de travail dans la profession d'ouvrier dans la construction métallique était complète, pour une longue durée. Le Dr K\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré en date du 3 avril 2008. Il a souligné que le problème actuel était que l'assuré marchait vraisemblablement en supination de l'avant-pied, l'arrière-pied étant en position neutre et la divergence calcanéo-talienne étant respectée. Le médecin a également noté une hyperactivité du jambier antérieur et du long extenseur de l'hallux, responsable de l'élévation de la colonne interne. Celle-ci pouvait néanmoins être appliquée au sol lorsque l'assuré pliait les genoux. Les raisons de ce problème étaient peu claires, mais le médecin supposait qu'il s'agissait plutôt d'une attitude que d'une déformation structurelle, en s'interrogeant sur une éventuelle cause antalgique sur une douleur au niveau du Chopart. Il préconisait une scintigraphie osseuse afin de déterminer si une hypercaptation au niveau de la ligne du Chopart était à l'origine des douleurs, avec une infiltration test. Une scintigraphie osseuse et un scan complémentaire, pratiqués le 22 avril 2008, ont révélé une hyperfixation au niveau des articulations sous-taliennes postérieures avec persistance d'un interligne régulier sur cette portion aux images CT et moyennes, sans foyer hypercaptant au niveau de l'interligne du Chopart. Le 9 mai 2008, la Dresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie

reconstructive de la main et médecin auprès du SMR, a émis l'avis que la situation n'était pas encore stabilisée et qu'il y aurait lieu de demander l'examen final de la SUVA qui définirait l'exigibilité dans une activité adaptée. Le 27 août 2008, le Dr B\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois procédé à l'examen de l'assuré. L'assuré lui a déclaré avoir des douleurs quasiment permanentes au pied droit, et être atteint dans son moral. Le médecin a retrouvé les troubles de la marche relevés lors de son précédent examen. L'accroupissement était incomplet, l'appui monopodal mal réalisé à droite, la marche n'était qu'ébauchée sur les talons et difficilement réalisable sur les pointes. L'examen était pratiquement superposable aux précédents, sans signe clinique en faveur d'une algodystrophie. La situation n'était pas stabilisée, les consultations auprès du Dr G\_\_\_\_\_ se poursuivaient et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse était prévue le 14 novembre. L'assuré a subi une opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 14 novembre 2008. L'assuré a fait l'objet d'une dénonciation selon laquelle il aurait travaillé dans le restaurant de son fils alors qu'il touchait des indemnités journalières, à la suite de laquelle la SUVA a mené une enquête. Lors de l'entretien du 27 mars 2009 avec un inspecteur de la SUVA, l'assuré a déclaré s'être rendu au restaurant appartenant à son fils et à son frère en 2008 afin de ne pas rester à la maison et de mobiliser son pied. Il y avait passé entre quelques minutes et quelques heures par jour, parfois plusieurs fois par semaine, en fonction de son état. Il y allait en marchant avec des cannes. Le Dr SUVA, dont il avait demandé l'avis, l'avait encouragé à s'y rendre afin de s'occuper l'esprit et de récupérer plus rapidement. L'inspecteur de la SUVA lui aurait également recommandé, lors d'un précédent entretien, de chercher d'autres centres d'intérêt. Le fils de l'assuré, également présent lors de l'entretien, a expliqué que son père avait occasionnellement livré des cafés à des amis et sa famille et donné des coups de main sporadiques, sans rémunération, le remplaçant lorsqu'il avait une course à faire. Il a estimé le salaire correspondant aux activités de son père à environ 5'000 fr. annuels, et déclaré qu'il lui verserait un salaire pour l'activité "occupationnelle" qu'il exercerait en 2009. Le Dr G\_\_\_\_\_ a revu l'assuré en date du 9 avril 2009. Il a noté que l'assuré portait de manière intermittente ses semelles plantaires, et que la situation semblait stabilisée au niveau du pied droit. L'assuré se déclarait motivé à reprendre une activité professionnelle, et le Dr G\_\_\_\_\_ l'avait encouragé à entreprendre une reconversion vers une activité n'impliquant ni station debout prolongée, ni port de charges. Une reprise pouvait être envisagée à 50 % dans un futur proche. Lors d'un entretien ayant eu lieu le 19 mai 2009 avec l'inspecteur de la SUVA, le fils de l'assuré a déclaré que pour des raisons conjoncturelles, il ne pourrait employer son père qu'une heure par jour, certains jours seulement. L'assuré a émis le souhait de voir le médecin d'arrondissement afin de déterminer une date de reprise du travail à 50 %. Dans son rapport du 20 mai 2009, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire. Le traitement en cours se résumait au port de semelles plantaires. Il y avait lieu d'envisager une reprise du travail à 50 % et/ou une reconversion professionnelle. L'examen final de l'assuré par le Dr B\_\_\_\_\_ a eu lieu le 2 juillet 2009. Ce dernier a constaté que les plaintes de l'assuré étaient identiques à celles formulées lors des précédents examens, et que l'intervention pratiquée en novembre 2008 n'avait amené aucun changement. Ses douleurs au pied étaient presque permanentes, et il essayait de s'occuper un peu dans le restaurant de son fils. Sa cheville avait tendance à enfler, et il avait parfois chaud au pied et devait de temps à autre utiliser une canne. Il se sentait mal psychologiquement, pouvait marcher environ 15 minutes avant de s'arrêter, marchait difficilement. L'examen clinique a montré que l'assuré n'avait aucun trouble dystrophique au niveau des membres inférieurs, marchait sans

canne mais avec une boiterie avec tendance à l'hyperextension du gros orteil à droite et appui préférentiel sur le bord externe du pied, sans déroulement du pas. L'accroupissement, la marche sur les talons et l'appui monopodal à droite étaient décrits comme irréalisables. Le Dr B \_\_\_\_\_ a considéré que la situation était stabilisée, avec un dommage permanent. L'activité dans la construction métallique n'était plus exigible. En outre, l'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes: pas de station debout prolongée, pas de marche sur de longues distances et en terrain instable, port de charges légères à moyennes seulement, pas d'activités impliquant la position accroupie ou à genoux ou l'utilisation d'échelles et d'échafaudages. Une activité adaptée privilégiant l'alternance de position pouvait être exigée à plein temps. Le Dr B \_\_\_\_\_ a estimé l'atteinte à l'intégrité à 15 %. Par courrier du 15 juillet 2009, l'assuré a informé l'OAI que la SUVA mettrait un terme à ses prestations au 30 novembre 2009. Il demandait à l'OAI de lui indiquer la suite réservée à son dossier. L'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité le 21 juillet 2009. Pour le revenu avec invalidité, il s'est fondé sur le revenu statistique tiré de l'Enquête suisse sur les salaires de 2006 (TA1, activité de niveau 4), soit 4'732 fr. pour 40 heures hebdomadaires, extrapolé pour une durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures. Après un abattement de 15 %, le revenu obtenu était de 50'138 fr. par an. Comparé au revenu sans invalidité de 57'646 fr. selon le rapport de l'employeur du 5 avril 2006, le degré d'invalidité qui en résultait était de 12.7%. La division de réadaptation de l'OAI, dans une note interne du 30 juillet 2009, s'est prononcée en défaveur d'une aide au placement, arguant du fait que l'assuré n'en avait pas besoin puisqu'il avait réussi à trouver lui-même une activité adaptée, soit l'aide dans le restaurant de son fils. L'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré en date du 10 novembre 2009, lui reconnaissant le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2006 au 31 octobre 2009. L'OAI a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail considérablement restreinte du 17 mai 2005 au 2 juillet 2009, date dès laquelle l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité raisonnablement exigible selon le médecin d'arrondissement de la SUVA. Le taux d'invalidité étant de 12.70 %, l'assuré n'avait plus droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009, soit trois mois après la stabilisation de son état de santé. Par courrier du 4 décembre 2009, l'assuré a contesté le taux d'invalidité retenu, soulignant que sa capacité de travail était nulle. Il a sollicité des mesures de reclassement en indiquant qu'elles étaient nécessaires dans sa situation, compte tenu de son manque de qualifications, du fait qu'il ne maîtrisait pas le français écrit, et qu'il risquait d'émarger à l'aide sociale s'il n'était pas soutenu dans sa recherche d'un emploi. Il a en outre fait valoir qu'il aimait travailler et avait été actif toute sa vie, s'acquittant régulièrement de ses impôts et des charges sociales. Dans ces conditions, le refus d'aide de l'OAI lui laissait un sentiment d'injustice. L'assuré a effectué un stage d'observation auprès du Service de réadaptation préprofessionnelle des HUG du 11 janvier au 11 février 2010. La Dresse M \_\_\_\_\_ et Monsieur T \_\_\_\_\_, maître socio-professionnel, ont retenu dans leur rapport que l'assuré était discret, respectueux des horaires et des consignes, et qu'il avait travaillé de manière autonome en comprenant parfaitement les consignes données. Son rendement dans des activités respectant ses limitations physiques était de l'ordre de 70 % sur trois heures de présence. L'assuré manquait de confiance en position debout, craignant que son genou ne se dérobe et sa cheville enflait après dix minutes déjà. Il devait constamment changer de position afin de limiter les douleurs. Les activités de pyrogravure étaient trop fines et précises pour lui, et les efforts consentis dans la journée avaient entraîné des difficultés de sommeil pendant la nuit. Ces spécialistes ont conclu qu'aucune activité de force n'était envisageable et que les fréquents changements de position entraînaient une

diminution de rendement de 20 à 30 % sur trois heures de travail, ce qui rendait l'assuré difficilement insérable sur le marché primaire du travail. Il pourrait reprendre une activité professionnelle à 50 %, en particulier dans le cadre d'un atelier occupationnel. Par décision du 24 mars 2010, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision du 10 novembre 2009. Il a souligné que le revenu d'invalidé avait fait l'objet d'un abattement de 15 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et des années de service de l'assuré, rappelant en outre que les activités exigibles étaient accessibles sans formation préalable. De plus, un taux d'invalidité inférieur à 20 % n'ouvrait pas le droit à des mesures de reclassement. Par ailleurs, l'assuré n'était pas objectivement limité dans ses démarches de recherche d'emploi, si bien qu'une aide au placement ne devait pas être accordée. L'assuré (ci-après le recourant) a interjeté recours contre la décision de l'OAI (ci-après l'intimé) par écriture du 7 mai 2010, concluant sous suite de dépens à l'annulation de la décision du 24 mars 2010, à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, et subsidiairement au renvoi à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise médicale orthopédique et psychiatrique et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il allègue qu'il est arbitraire de lui refuser une aide au placement sous prétexte qu'il a réussi à trouver une occupation dans le restaurant de son fils, puisqu'il est démontré qu'il s'agissait là d'une accusation infondée d'un client de cet établissement. Il rappelle que la Clinique romande de réadaptation a fait état d'un rendement diminué dans de petites tâches répétitives. Le recourant indique avoir effectué un stage de réadaptation dans le Service de rééducation des HUG, dont les conclusions sont qu'il présente un diminution de rendement de 20 à 30 % sur une activité journalière de trois heures consécutives, ce qui le rend difficilement réinsérable sur le marché primaire, et qu'il pourrait reprendre une activité à 50 % qui tiendrait compte de ses limitations physiques, par exemple dans un atelier occupationnel. A l'appui de son recours, il produit un certificat établi en date du 4 mai 2010 par le Dr U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, précisant que le recourant présente une importante limitation fonctionnelle à la suite d'une fracture du calcanéum, ainsi qu'une réaction anxio-dépressive d'intensité moyenne pour laquelle une psychothérapie a été envisagée, et posant les diagnostics d'état dépressif moyen (F32.1) et de trouble anxieux sans précision (F41.9). Ce médecin a précisé que le recourant avait pris 15 kilos depuis son accident, ce qui entraîne une augmentation des risques cardio-vasculaires, et que "compte tenu de son nouvel état de santé, une activité maximale est envisageable à 50 %". Le recourant estime qu'on ne peut lui reconnaître une capacité de travail entière dès juillet 2009 au motif que son état de santé est stabilisé, car cela n'entraîne pas pour autant une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Cette évaluation ne tient en outre pas compte de ses problèmes psychiques. Son revenu d'invalidé est de 29'958 fr. 50 tout au plus, compte tenu de sa diminution de rendement de 50 %. De plus, l'abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé ne tient pas suffisamment compte de son âge, de ses difficultés linguistiques et du fait qu'il est ouvrier non qualifié. Par décision du 10 mai 2010, l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI a déclaré le recourant inapte au placement dès le 11 mars 2010 car celui-ci ne pouvait travailler que dans un atelier protégé aux termes du rapport du Service de rééducation des HUG. Dans son avis du 25 mai 2010, le Dr V\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a souligné que la diminution de rendement selon le rapport de la Clinique romande de réadaptation avait été constatée alors que la situation n'était pas encore stabilisée. Quant au certificat du Dr U\_\_\_\_\_, il posait deux diagnostics psychiatriques sans description du tableau clinique ni du traitement. Enfin, le recourant n'avait pas fait l'objet d'un examen médical lors de son stage aux HUG. Par conséquent, ces éléments ne suffisaient pas à remettre en question les conclusions du

médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans sa réponse du 7 juin 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours. S'agissant en particulier du trouble psychique, il allègue que le recourant n'a jamais jugé nécessaire de suivre un traitement psychothérapeutique ou médicamenteux, et que les diagnostics psychiatriques posés par le Dr U \_\_\_\_\_ ne sont pas étayés, et n'emportent dès lors pas la conviction. Dans sa réplique du 7 juillet 2010, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il fait valoir que les rapports médicaux du 26 août 2008 et du 2 juillet 2009 du Dr B \_\_\_\_\_ sont contradictoires dans la mesure où bien que les diagnostics qu'ils posent sont identiques et qu'ils indiquent que l'état de santé du recourant n'a pas évolué, le premier conclut à une capacité de travail nulle et l'autre à une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Il reproche à la SUVA de ne pas avoir tenu compte du diagnostic d'algodystrophie, posé par la Clinique romande de réadaptation et les HUG. Il indique que son état psychique se détériore et qu'il consulte une psychologue. Se référant au prononcé de l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI, il souligne le caractère contradictoire des décisions rendues. Compte tenu des conclusions du Service de rééducation des HUG, il y a lieu de tenir compte d'une diminution de rendement dans l'évaluation de son revenu d'invalidité. Par courrier du 16 août 2010, l'intimé a renoncé à dupliquer. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 , consid. 1.1; ATF 129 V 1 , consid. 1.2 ). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 , consid. 6b, ATF 112 V 356 consid. 4a). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, en particulier sur son droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 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. 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance 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<sup>er</sup> LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133, consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). b) 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 convient 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; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne

la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 , consid. 3b/bb). d) 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 351 , consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPG). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 , consid. 4.1; ATF 128 V 174 ). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation

progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF du 24 avril 2006, I 168/05, consid. 3.3; ATF du 17 octobre 2003, B 80/01, consid. 5.2.2). S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidé, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF du 20 novembre 2009, 9C\_142/2009, consid. 4.1; ATF du 24 août 2007, 9C\_237/2007, consid. 5.1; RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b). 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). Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5b). En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les conclusions qui figurent dans le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 2 juillet 2009 pour déterminer la date dès laquelle une activité adaptée pouvait être exigée du recourant. Il sied en premier lieu de relever que ce document correspond aux réquisits développés par la jurisprudence en matière de rapports médicaux qui ont été rappelés ci-dessus. En effet, il se fonde sur une parfaite connaissance du dossier, rappelle l'anamnèse du recourant, tient compte de ses plaintes subjectives et a été établi après un examen clinique complet. S'agissant de ses conclusions, il est vrai que si le médecin n'a pas expressément indiqué que le recourant était apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée, il a cependant fait état des limitations fonctionnelles du recourant sans retenir une baisse de rendement quelconque ou d'une capacité de travail limitée, de sorte qu'il faut comprendre qu'une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée est implicitement admise. A cet égard, le grief du recourant, qui voit une contradiction dans le fait que le médecin d'arrondissement de la SUVA a d'abord admis une incapacité de travail totale pour ensuite le considérer comme totalement apte à exercer une activité adaptée, et ce bien que les diagnostics n'aient pas changé et que l'état de santé n'ait pas connu d'évolution favorable, tombe à faux. En effet, il n'est pas contesté que le recourant est totalement et définitivement incapable de travailler dans son ancienne activité d'ouvrier dans la construction métallique. En revanche, son état de santé ne l'empêche pas d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le certificat établi par le Dr U\_\_\_\_\_ ne permet pas non plus de renverser les conclusions du Dr B\_\_\_\_\_. En effet, ses diagnostics ne révèlent pas d'atteintes nouvelles puisqu'ils avaient déjà été posés par d'autres médecins, de sorte qu'ils ne justifient pas une nouvelle évaluation de la capacité de travail du recourant. On rappelle à cet égard que la Dresse J\_\_\_\_\_ avait déjà retenu, lors du séjour du recourant à la CLINIQUE

ROMANDE DE RÉADAPTATION, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive. Le recourant ne suit d'ailleurs pas de traitement pour ces troubles psychiques, de sorte qu'il n'est pas vraisemblable qu'ils soient d'une intensité suffisante pour avoir des répercussions sur sa capacité de travail. Par ailleurs, dans la mesure où les difficultés d'ordre psychologique du recourant sont des troubles réactionnels consécutifs à la perte de l'activité professionnelle, on peut admettre qu'ils sont susceptibles de s'amender à la reprise du travail. Enfin, la conclusion du Dr U \_\_\_\_\_ quant à une capacité de travail de 50 % n'est guère étayée, mais semble correspondre à la volonté déclarée du recourant, lequel a précisé à l'inspecteur de la SUVA qu'il voulait reprendre le travail à 50 %. Quant aux indications du Dr G \_\_\_\_\_, qui évoquait dans ses rapports du 9 avril et du 20 mai 2009 une reprise du travail à 50 %, elles ne sont pas motivées et au demeurant peu claires. En effet, le libellé du rapport du 20 mai 2009 donnerait même à penser que le Dr G \_\_\_\_\_ envisage une capacité de travail à 50 % dans l'activité antérieure, puisqu'il oppose cette solution à une reconversion professionnelle. Les conclusions du stage d'observation ne sont pas non plus suffisantes pour remettre en cause les constats du Dr B \_\_\_\_\_, conformément à la jurisprudence citée ci-dessus. Le Service de réadaptation des HUG se fonde en effet sur la seule observation in situ, qui comprend trop de facteurs incontrôlables pour l'emporter sur des constatations d'ordre médical. Le rapport de ce service n'indique d'ailleurs pas les facteurs de diminution de rendement de 30 %, qu'on ne peut expliquer par l'alternance des positions. En effet, cette limitation a été posée par le Dr B \_\_\_\_\_ dans son rapport final, et le Service de réadaptation a expressément indiqué que le recourant avait été observé dans des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles. S'il s'avérait que la diminution de rendement provient de l'absence de dextérité du recourant, il y aurait lieu de souligner que celle-ci est par définition indépendante de son atteinte à la santé, soit une fracture du pied. Le recourant reproche également à l'intimé de ne pas avoir tenu compte du diagnostic d'algodystrophie posé par le Dr W \_\_\_\_\_ en juillet 2006. Ce grief est cependant inexact. Une telle atteinte a bel et bien été diagnostiquée par les Drs W \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_ mais elle a par la suite disparu. Les médecins de la CLINIQUE ROMANDE DE READAPTATION signalaient en effet que cette affection était au décours dans leur rapport et le Dr B \_\_\_\_\_ n'a relevé aucun signe clinique évoquant une telle atteinte lors de son examen d'août 2008. Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de diligenter l'expertise requise par le recourant. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; KIESER, op. cit., n. 72 ad art. 61). C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée, et procédé à l'évaluation de l'invalidité en retenant un salaire statistique correspondant au revenu moyen tiré d'une activité simple et répétitive. L'abattement de 15 % sur ce salaire statistique ne prête pas non plus flanc à la critique. En effet, les limitations fonctionnelles ne sont pas d'une ampleur telle que le recourant ne puisse espérer mettre en valeur sa capacité résiduelle de gain, et son âge (50 ans au moment de la décision litigieuse) n'est pas si avancé qu'il justifie un abattement supérieur. Par ailleurs, l'étendue de l'abattement dans un cas concret constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge uniquement si l'autorité a exercé son

pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (ATF 132 V 393 , consid. 3.3), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (ATF 9C\_259/2007 du 8 mai 2008, consid. 4.1; ATF 130 III 176 , consid. 1.2). Le degré d'invalidité de 12.7 % doit donc être confirmé, et n'ouvre pas le droit à une rente. Reste à examiner si le recourant peut prétendre à des mesures d'orientation professionnelle. a) À teneur de 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). L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. a bis ), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d). b) Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1 er ). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme 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 leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre 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 (ATF 124 V 108 , consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 , consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 9C\_464/2009 du 31 mai 2010, consid. 5; ATF 130 V 488, consid. 4.2). c) Selon l'art. 18 al. 1 LAI dans sa teneur depuis le 1 er janvier 2008, l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). Selon la jurisprudence, les raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 , consid. 6a). Cette condition est remplie lorsque le handicap lui-même occasionne des problèmes dans la recherche d'un emploi au sens large de ce terme. Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un

entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites - par exemple les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle, de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité. A droit en outre au service de placement au sens de l'art. 18 al. 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail, telles que des aides visuelles, ou vis-à-vis de l'employeur (par exemple tolérance de pauses de repos nécessitées par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi (ATF I 510/04 du 19 août 2005, consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a également admis que l'aide au placement devait être octroyée lorsque des limitations fonctionnelles restreignent les activités envisageables et compliquent la recherche d'emploi (ATF I 324/00 du 5 juin 2001, consid. 1c). Ces principes ont été développés avant la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI, qui a entraîné une modification de l'art. 18 al. 1 LAI. Le Tribunal fédéral a cependant confirmé que le principe en vertu duquel le droit au placement est ouvert lorsque les difficultés à trouver un emploi résultent du handicap lui-même reste valable après l'entrée en vigueur de la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI (ATF 9C\_416/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010, consid. 5.2). d) Dans le cas d'espèce, il est manifeste que le degré d'invalidité du recourant se situe largement en deçà du seuil à partir duquel un reclassement peut être envisagé. De plus, les activités exigibles du recourant ne nécessitent pas de formation préalable, et on soulignera que le recourant ne disposait pas non plus d'une formation spécifique dans son activité antérieure d'ouvrier dans la construction métallique. S'agissant du droit au placement, il doit également être nié. En effet, même s'il paraît inexact d'affirmer, comme le fait l'intimé, que le recourant n'a pas besoin d'aide au placement parce qu'il a retrouvé par ses propres moyens une activité adaptée dans le restaurant de son fils, il n'en reste pas moins que les éventuelles difficultés qu'il pourrait rencontrer dans la recherche d'un emploi ne sont pas causées par son handicap mais par la conjoncture actuelle. Quant à la non maîtrise du français écrit, il s'agit également d'un facteur étranger à l'invalidité, qui ne doit pas être pris en compte (ATF 107 V 17 , consid. 2c). Dans un dernier moyen, le recourant soulève qu'il est contradictoire que l'assurance-chômage l'ait déclaré inapte au placement alors que l'assurance-invalidité admet qu'il peut exercer une activité lucrative. S'agissant de la coordination entre les prestations de l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité, il y a lieu de rappeler que ces deux assurances sociales n'ont pas un caractère complémentaire réciproque et tiennent compte de critères différents: l'incapacité de travail pour l'assurance-invalidité et l'aptitude au placement pour l'assurance-chômage. Un assuré peut dès lors être inapte au placement du point de vue de la législation sur l'assurance-chômage et se voir nier le droit à l'indemnité, même si son incapacité de travail est trop faible pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité (ATF 9C\_872/2009 du 30 juin 2010, consid. 4). En effet, les spécificités des conditions d'octroi des prestations de chacune de ces assurances signifient qu'une même atteinte à la santé ne donne pas forcément droit soit à des prestations du chômage, soit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il peut y avoir des cas dans lesquels l'assuré ne peut prétendre ni aux unes, ni aux autres, et à l'inverse des situations dans lesquelles l'assuré a droit aux prestations de chacune de ces branches d'assurance. Cela tient au fait que l'aptitude au placement tient compte non seulement de la capacité de travail - non seulement dans l'activité exercée jusqu'alors, mais également dans un travail convenable - mais qu'elle est également évaluée en fonction d'aspects tels que l'absence de formation ou de connaissances linguistiques. En revanche, les organes de l'assurance-invalidité ne peuvent

tenir compte de tels critères, étrangers à l'invalidité (ATF C 282/05 du 3 mars 2006, consid. 2.3). Partant, le recourant ne peut tirer argument des divergences entre la décision des organes de l'assurance-invalidité et celle de l'assurance-chômage. Au vu de ce qui précède, la décision de l'intimé s'avère fondée et le recours sera rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu en l'espèce de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986, RSG E 510.03). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renonce à la perception d'un émolument. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI-WANGELER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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