

GE_GERICHTE A/2018/2018 vom 23. April 2019

GE Cour de justice, 2019-04-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2018_2018

FR: GE_GERICHTE A/2018/2018 du 23 avril 2019

IT: GE_GERICHTE A/2018/2018 del 23 aprile 2019

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Le 28 août 2017, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1961, travaillant en tant que parqueteur jusqu'en 2015, a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI).!

2. Interrogé par le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), le docteur B_____, généraliste FMH et médecin traitant, a expliqué, dans un rapport du 17 septembre 2017, que l'assuré souffrait d'un syndrome cervico-brachial sur discopathie C6-C7 compliquée d'une petite hernie discale sous-ligamentaire droite, de lombalgies chroniques sur discopathies protrusives modérées, étagées, d'un status status post-fracture des apophyses transverses L1, L2, L3 et L4 à gauche en 2000, traitées conservativement et de gonalgies chroniques opérées en 2015 des deux côtés. Ces atteintes étaient incapacitantes depuis 2015 et entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes dans une activité adaptée : pas de mouvements nécessitant le port d'objets lourds de plus de 10 kg, pas de station debout prolongée et pas d'extension et flexion du dos.!

En annexe figuraient les comptes-rendus de l'IRM du genou droit du 7 décembre 2015, de l'IRM lombaire et des articulations sacro-iliaques du 27 octobre 2016 et de l'IRM cervicale du 15 août 2017. 3. Le rapport du Dr B_____ et ses annexes ont été soumis au SMR qui s'est prononcé, dans un bref avis du 9 janvier 2018, sous la plume du docteur C_____, lequel a considéré que l'activité habituelle n'était plus exigible depuis le mois de décembre 2015. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles évoquées par le Dr B_____, auxquelles la position prolongée à genou devait être ajoutée, la capacité de travail était entière depuis toujours.!

4. Par projet de décision du 5 mars 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité était insuffisant pour l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité.!

5. Sous la plume de son conseil, l'assuré s'est opposé au projet de décision précité par courrier du 6 avril 2018, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 28 août 2017. À l'appui de ses conclusions, il a notamment relevé que ledit projet ne comportait aucun calcul comparatif entre le revenu sans invalidité et celui avec invalidité. Par ailleurs, l'OAI n'ayant pas donné suite à sa demande de consultation du dossier, il requérait un délai supplémentaire pour compléter son opposition.!

6. Toujours sous la plume de son conseil, l'assuré a complété son opposition en date du 8 mai 2018, demandant à l'OAI de lui préciser sur quels éléments il s'était fondé pour rendre son projet de décision du 5 mars 2018, le dossier ne comportant aucun rapport du SMR. Il a en outre répété que le projet précité ne comportait aucun calcul comparatif entre les deux revenus. Par conséquent, la décision envisagée était à l'évidence

infondée, raison pour laquelle il persistait dans ses conclusions du 6 avril 2018. 7. Par décision du 11 mai 2018, l'OAI a confirmé son projet du 5 mars 2018, relevant tout d'abord que le 9 janvier 2018, le SMR avait établi et signé un document portant sur la capacité de travail raisonnablement exigible et les limitations fonctionnelles. Ce document faisait office d'avis SMR final. Pour le surplus, l'OAI a maintenu que le degré d'invalidité du recourant était inférieur à 20% et par conséquent insuffisant pour donner droit à des mesures de reclassement ainsi qu'à une rente d'invalidité. 8. Par acte du 13 juin 2018, l'assuré (ci-après : le recourant), sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision du 11 mai 2018, concluant sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition du Dr B_____ et, au besoin à la réalisation d'une expertise orthopédique et, principalement, à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 28 août 2017. À l'appui de ses conclusions, il a notamment considéré que le dossier de l'OAI (ci-après : l'intimé) était pratiquement vide et le document du SMR du 9 janvier 2018 lacunaire. Par ailleurs, comme dans le projet du 5 mars 2018, la décision querellée ne comportait aucun comparatif des revenus. Dans de telles circonstances, il voyait mal sur quels éléments l'intimé se basait pour refuser la demande de rente d'invalidité et considérait que le dossier avait été insuffisamment instruit, le SMR n'ayant notamment procédé à aucun examen clinique. 9. L'intimé a répondu en date du 3 juillet 2018 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Sur le fond, il a relevé que le rapport du Dr B_____ du 27 septembre 2017 ainsi que ses annexes avaient été réceptionnés le 2 octobre 2017 et que le SMR les avait donc pris en considération dans son avis du 9 janvier 2018. Dans la mesure où le recourant n'avait apporté aucun élément médical objectif ayant été ignoré par le SMR, une instruction complémentaire ne se justifiait pas. Par ailleurs, s'agissant de la détermination du degré d'invalidité, l'intimé a produit, en annexe à sa réponse, le détail de la comparaison des revenus, dont il ressort que la perte de gain s'élevait à 13,2%, ce qui était insuffisant tant pour les mesures d'ordre professionnel que pour le droit à une rente. 10. Le recourant a produit sa réplique en date du 20 août 2018 et a rappelé les arguments qu'il avait d'ores et déjà invoqués dans ses précédentes écritures. Pour le surplus, se référant à un arrêt rendu par la chambre de céans dans une procédure en matière d'assistance juridique, il a persisté à considérer que l'instruction de sa demande était lacunaire. Par ailleurs, se référant à la jurisprudence fédérale, il a estimé qu'au vu de son âge et de ses limitations fonctionnelles, l'intimé ne pouvait faire l'impasse sur une évaluation socio-professionnelle afin de vérifier quel taux d'activité était encore exigible et dans quelle activité concrète. 11. Dans sa duplique du 4 septembre 2018, l'intimé a relevé que le recourant était encore loin de l'âge à partir duquel la jurisprudence fédérale considérait généralement qu'il n'existait plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de travail supposé équilibré. Par conséquent, l'âge du recourant ne pouvait être considéré comme étant un obstacle à la reprise d'une activité adaptée, étant précisé que le marché du travail équilibré offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif étaient adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant et accessibles sans aucune formation. 12. Après échange des écritures, 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 - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales,

du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures de réadaptation et à une rente d'invalidité. 5. Le recourant conteste en premier lieu l'évaluation de sa capacité de travail telle qu'elle a été effectuée par les médecins de l'OAI. 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 1^{er} janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 6. 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

7. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

c. 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 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon

l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

8. En l'espèce, le recourant reproche tout d'abord à l'intimé d'avoir procédé à une instruction lacunaire du dossier, en se limitant à requérir un avis de son SMR. Force est tout d'abord de constater que l'intimé a sollicité des précisions du Dr B _____, médecin traitant du recourant quant à l'atteinte invalidante. Dans un rapport du 17 septembre 2017, ce médecin a admis une capacité de travail dans une activité adaptée et a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements nécessitant le port d'objets lourds de plus de 10 kg, pas de station debout prolongée et pas d'extension et flexion du dos. Dans son avis du 9 janvier 2018, le SMR n'a en réalité que repris les éléments évoqués par le médecin traitant, à savoir une capacité de travail dans l'activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites, qu'il a complétées avec un point supplémentaire, la position prolongée à genou. Dans de telles circonstances, on ne saurait reprocher à l'intimé de ne pas avoir procédé à une instruction plus poussée, dès lors que le propre médecin traitant du recourant a reconnu une capacité de travail dans une activité adaptée. Par conséquent, dès lors que les constatations du SMR ne font que reprendre les conclusions du Dr B _____, médecin traitant, et que le recourant n'a pas produit le moindre rapport médical contredisant les constatations des médecins précités, c'est à juste titre que l'OAI n'a pas poursuivi l'instruction du dossier. Certes, la présente procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe comprend toutefois également l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués. Or, dans le cas d'espèce, le recourant n'a fourni aucun rapport médical qui conforterait sa position. Certes, il a demandé à ce que le Dr B _____ soit entendu et subsidiairement à ce qu'une expertise soit réalisée. Cependant, en l'absence de tout élément médical qui plaiderait en faveur d'une capacité de travail seulement partielle dans une activité adaptée, ces mesures d'instruction sont susceptibles de s'avérer inutiles, raison pour laquelle la chambre de céans n'y donne pas suite.

9. Le recourant estime ensuite que compte tenu de son âge et des limitations fonctionnelles, il appartenait à l'OAI de mettre sur pied une mesure d'observation professionnelle afin de déterminer à quel taux l'activité adaptée était encore possible. a. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 28 al. 2 LAI), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les références). b. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position

debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). c. Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références). Selon le Tribunal fédéral, un âge proche de 60 ans peut être considéré comme un seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 p. 461 s. ; voir aussi SCHNEIDER, L'âge et ses limites en matière d'assurance-invalidité, de chômage et de prévoyance professionnelle étendue, in Grenzfälle in der Sozialversicherung, 2015, p. 5). Suivant la jurisprudence précitée, datant de 2012, pour déterminer s'il est exigible d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il mette en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée (cf. art. 16 LPG), il faut se placer au moment de la date de l'expertise médicale qui sert de fondement aux constatations de fait relatives à la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_607/2015 du 20 avril 2016 consid. 5.2). 10. En l'espèce, que l'on retienne la date du rapport du Dr B_____ ou celle de la décision querellée, force est de constater que le recourant était âgé de près de 57 ans, soit un âge qui ne peut pas encore être qualifié d'âge avancé selon la jurisprudence fédérale.![endif]>![if> C'est donc à juste titre que l'intimé n'a pas pris en considération l'âge du recourant lors de

l'appréciation de la capacité de travail. Par ailleurs, comme cela a été relevé ci-dessus en lien avec l'appréciation de la capacité de travail, le recourant n'a pas fourni le moindre élément susceptible de remettre en question l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. On ne voit dès lors pas en quoi une mesure d'observation professionnelle s'imposerait. Par ailleurs, quand bien même il aurait été judicieux que l'OAI donne au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant (pas de mouvements nécessitant le port d'objets lourds de plus de 10 kg, pas de station debout prolongée et pas d'extension et flexion du dos, pas de position prolongée à genou) et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). 11. Enfin, après avoir pu prendre connaissance des détails du calcul du degré d'invalidité, le recourant ne semble plus contester le degré d'invalidité retenu, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur cet aspect. 12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis LAI), il convient 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 [RFPA - E 5 10.03]). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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