

GE_GERICHTE A/2253/2011 vom 15. Februar 2012

GE Cour de justice, 2012-02-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2253_2011

FR: GE_GERICHTE A/2253/2011 du 15 février 2012

IT: GE_GERICHTE A/2253/2011 del 15 febbraio 2012

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur M _____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur M _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en 1972 au Portugal, où il a vécu jusqu'en juillet 2009. Il est arrivé en Suisse le 1^{er} août 2009. L'assuré travaillait pour Monsieur N _____ en qualité de manoeuvre lorsqu'il a été victime d'un accident le 1^{er} octobre 2009. Selon la déclaration de sinistre LAA du 2 octobre 2009, il est tombé dans les escaliers et s'est blessé aux coudes. Les premiers soins ont été prodigués aux HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : HUG) le même jour par le Dr A _____, médecin interne, qui a posé les diagnostics de fracture sous-capitale de la tête radiale droite et contusion du coude gauche. Depuis lors, l'assuré est en incapacité totale de travailler. Le sinistre a été pris en charge par la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA ou l'assureur-accidents). Dès le 2 décembre 2009, l'assuré a été suivi par le Dr B _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Le 14 décembre 2009, le Dr B _____ précisait à la SUVA que l'accident du 1^{er} novembre 2009 posait un problème dans l'emploi de l'assuré dès lors qu'il impliquait un travail physique. Une IRM du genou gauche, effectuée le 10 décembre 2009, a mis en évidence un discret épanchement intra-articulaire, une dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne, à moindre degré de l'externe, sans image évidente de déchirure, un aspect grêle du ligament croisé antérieur traduisant un status post-rupture partielle, une tendinopathie quadricipitale sous forme d'un aspect tuméfié et écarté de ses faisceaux et un signal homogène de la spongieuse osseuse. Dans un rapport du 24 décembre 2009, le Dr B _____ a posé les diagnostics de fracture des radius proximaux droit et gauche et contusion du genou gauche. Une amélioration de la fonction au bras droit a été constatée début décembre, le problème principal restant toutefois au niveau du coude gauche, la fracture intra-articulaire ayant été méconnue initialement. Il existait alors un déficit d'extension et de flexion de 15 degrés environ avec des douleurs en pro-supination. Une tomodensitométrie axiale computerisée du coude gauche, réalisée le 22 février 2010, a mis en évidence un status post-fracture de la tête radiale avec discret effondrement de la surface articulaire de 2 mm, une lésion ostéochondrale du condyle externe, de localisation antérieure, des esquilles osseuses dans la partie antérieure de l'espace articulaire, une ébauche ostéophytère antérieure de l'apophyse coronoïde et de l'apophyse olécrânienne ainsi qu'une dystrophie osseuse. Le 6 mars 2010, le Dr B _____ a constaté une amélioration au niveau du coude droit. La situation à gauche était toutefois plus difficile, avec un flexum de 30, une flexion à 115, une prosupination quasi-libre et une faiblesse à l'emploi. Des douleurs au genou gauche et une diastasis intra-articulaire de la tête radiale gauche persistaient. Le 30 mars 2010, l'assuré a

déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé), tendant à l'octroi de mesures professionnelles sous forme d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rééducation dans la même profession, en raison des fractures aux coudes droit et gauche et de la contusion au genou gauche. A teneur d'un courrier du 20 avril 2010, le Dr B _____ proposait de voir avec l'employeur si un travail adapté pouvait être repris à titre thérapeutique. Un bilan de compétences était également suggéré. L'employeur n'ayant pas de poste adapté, cette possibilité n'a pu être concrétisée. Dans son rapport intermédiaire du 27 avril 2010, le Dr B _____ a indiqué à l'OAI que le problème touchait essentiellement les deux coudes. Dans un travail de force, l'assuré présentait une capacité de travail réduite. Une reprise du travail à titre thérapeutique ou un stage d'observation lui paraissaient être des mesures à proposer. Selon un rapport d'évaluation daté du 10 juin 2010, complété par une note de travail du 11 juin 2010, l'OAI souhaitait déterminer les compétences de l'assuré et le domaine dans lequel il pourrait les utiliser et entendait dès lors le soumettre à une orientation professionnelle aux ETABLISSEMENTS PUBLICS POUR L'INTEGRATION (EPI) dès le 2 août 2010. Le 24 juin 2010, l'assuré a été examiné par le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. Après avoir procédé à un examen clinique de l'assuré et étudié les pièces médicales du dossier, le Dr C _____ a considéré qu'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR), orienté vers l'évaluation fonctionnelle et professionnelle, paraissait indiqué. Cela étant, « le pronostic d'un retour vers une pleine capacité dans une activité de manœuvre [paraissait] a priori réservé compte tenu de la bilatéralité des lésions et de leur potentiel évolutif ». Ce séjour à la CRR devait également permettre de déterminer si des mesures thérapeutiques ou chirurgicales étaient encore susceptibles d'améliorer la situation de façon notable. Comme la SUVA souhaitait que l'assuré soit examiné à la CRR au début du mois d'août, le stage aux EPI n'a pas eu lieu. L'assuré a séjourné à la CRR du 28 juillet au 25 août 2010. A teneur du rapport relatif à ce séjour, établi le 17 septembre 2010, le diagnostic principal était celui de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs résiduelles des deux coudes et gonalgie gauche. Les diagnostics secondaires retenus étaient les suivants : chute le 1^{er} octobre 2009 avec fracture sous-capitale de la tête radiale droite, traitée conservativement, fracture intra-articulaire de la tête radiale gauche, traitée conservativement et traumatisme du genou gauche, dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne, rupture partielle du ligament croisé antérieur et tendinopathie quadricipale selon l'IRM du genou gauche du 10 décembre 2009, tendinite patte d'oie gauche, infiltrée le 18 août 2010 et antécédent d'appendicectomie compliquée d'une péritonite à 17 ans. Sur le plan socioprofessionnel, la volonté de l'assuré de donner le maximum a été jugée insuffisante et le niveau de cohérence faible, lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles. Les médecins ont également relevé de nombreuses autolimitations, un arrêt prématuré lors de la majorité des tests. Ils ont en outre considéré que les tests étaient effectués avec précaution, lenteur et étaient entrecoupés de nombreuses pauses. L'évaluateur a d'ailleurs dû constamment stimuler l'assuré pour qu'il poursuive les tests. En annexe au rapport précité figurait notamment celui établi suite aux radiographies des deux coudes de face et profil du 30 juillet 2010, à teneur duquel une fracture de la tête radiale gauche, du côté postérieur, avec une vague zone hypodense postéro-médiale visible sur le cliché de face était suspecté. A droite, il n'y avait aucune évidence de lésion traumatique, sous-capitale radiale ou à un autre endroit. Dans les deux cas, les rapports

articulaires étaient conservés et les parties molles sans problème. A l'issue du séjour, les médecins ont constaté qu'avec la prise en charge de la physiothérapie stationnaire, l'évolution était favorable avec une diminution du flexum et une légère diminution des douleurs. Par ailleurs, aucune indication chirurgicale n'avait été retenue. Cela étant, si l'assuré souffrait toujours six mois après, une arthro-IRM serait effectuée « pour éventuellement discuter une résection de la tête radiale » mais cette intervention n'allait pas augmenter la force pour les travaux lourds sur les chantiers. En tout état, il était trop tôt pour juger si les lésions présentées étaient définitives mais une reprise d'un travail lourd paraissait difficile. Le 2 octobre 2010, le Dr B _____ a indiqué qu'il n'y avait pas de franc changement, seule une légère amélioration ayant été constatée avec le traitement. La capacité de travail était nulle comme ouvrier de chantier. Il attendait par conséquent des propositions pour un reclassement. En date du 9 novembre 2010, le Dr B _____ a encore précisé que l'assuré devait être pris en charge pour une reconversion professionnelle, n'étant pas en mesure de travailler ni de se chercher efficacement du travail. Sur le plan médical, des douleurs persistaient au niveau des deux bras. Un bilan de compétence était ainsi nécessaire, afin de déterminer la capacité de travail. Le 20 novembre 2010, le Dr B _____ indiquait que le flexum du coude gauche de l'assuré, les douleurs et le manque de force persistaient. L'avenir comme manœuvre semblait totalement compromis, d'où l'intérêt d'une action constructive rapide pour procéder à une réinsertion professionnelle. Selon un courrier du Dr B _____ du 15 janvier 2011, le problème principal était le manque de force aux deux membres supérieurs associé à des douleurs. Le genou posait parfois des problèmes dans les montées et descentes. La question d'une reprise de travail à titre thérapeutique pouvait être posée. L'assuré a fait l'objet d'un examen médical final, réalisé le 17 février 2011, par le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. Il ressort du rapport établi à l'issue de cet examen que l'assuré lui a indiqué que la principale limitation était alors sa capacité à parler le français. Ce médecin a notamment constaté une amplification de la symptomatologie lors de l'examen clinique. Il a également considéré que « l'analyse des séquelles de l'événement déclaré à ce jour permet de conclure que, du point de vue fonctionnel, pour ce qui concerne les MS, il ne devrait pas y avoir de limitation pour une activité manuelle. Cette appréciation se base sur les faits que la mobilité en pro-/supination et flexion/extension des 2 coudes est tout à fait normale et symétrique. [II] note aussi qu'il existe, certes, une très discrète amyotrophie de son biceps G (- 1cm), mais l'analyse de la capacité physique de l'assuré est biaisée par le fait d'une autolimitation et l'amplification [de la symptomatologie] évoquée ci-dessus ». Selon ce praticien, il n'y avait pas de lésion organique pouvant expliquer l'autolimitation précitée. Cela étant, il ne tenait pas compte d'un facteur non-organique grevant vraisemblablement l'analyse. S'agissant de l'atteinte au genou gauche, le Dr D _____ a retenu les limitations suivantes : pas de montées et descentes fréquentes d'escalier, pas de travaux en terrain instable et pas d'utilisation d'échelles ou d'escaliers. Par conséquent, dans un travail adapté tenant compte des limitations susmentionnées, la capacité de travail de l'assuré était entière, étant toutefois précisé qu'il était difficile d'envisager une reprise du travail en qualité de manœuvre ou de maçon. A la demande du Dr D _____, des radiographies des genoux et des coudes ont été effectuées le même jour. Aucune séquelle osseuse post-traumatique n'a été constatée. Lors d'un entretien qui s'est tenu le 17 février 2011, la compagne de l'assuré a indiqué à la SUVA qu'il faisait une dépression, n'arrivait plus à dormir la nuit et qu'il avait donc besoin d'être suivi. Après avoir pris connaissance du rapport établi suite aux

radiographies des genoux et des coudes, le Dr D_____ a maintenu, par courrier du 23 février 2011, son appréciation du 17 février 2011. Le 8 mars 2011, le Dr E_____, médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (SMR) a résumé les différents documents médicaux en possession de l'OAI. Se fondant sur le rapport du Dr D_____, il a conclu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle mais entière dans une activité adaptée dès le mois de février 2011. Les limitations retenues étaient celles relevées par le Dr D_____. A teneur d'un rapport du Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie, l'assuré souffrait d'une anxiété généralisée qui avait commencé environ une année après l'accident mais qui n'était pas en lien de causalité avec cet événement. Le traitement était formé par du stilnox et du temesta. Par courrier du 13 avril 2011, la SUVA a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 30 juin 2011. A cette date, l'assureur-accidents comptait prendre une décision sur le droit à une rente d'invalidité. Le 28 avril 2011, l'OAI a procédé au calcul du revenu avec invalidité. Retenant un revenu annuel avec invalidité de 55'116 fr., en tenant compte d'une réduction de 10%, et un revenu sans invalidité de 58'000 fr., l'OAI est arrivé à la conclusion que l'assuré présentait une invalidité de 5%. L'OAI a adressé à l'assuré, en date du 10 mai 2011, un projet de décision, dans lequel il le reconnaissait capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2011. La demande de mesures professionnelles était rejetée, le droit au reclassement ne lui étant pas reconnu au motif que son invalidité ne dépassait pas les 20% requis. Pour le surplus, une décision séparée portant sur le droit à la rente lui sera envoyée dès que sa carrière d'assurance aura été vérifiée. Par décision du 19 mai 2011, la SUVA a considéré que les conditions requises pour l'octroi d'une rente n'était pas réalisées, l'invalidité présentée par le recourant s'élevant à 7%. Il en allait de même pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le 9 juin 2011, l'assuré s'est opposé au projet de décision de l'OAI, indiquant qu'il souffrait toujours de ses bras et jambes. Il a sollicité un délai supplémentaire de 10 jours pour faire valoir des éléments nouveaux. Le 15 juin 2011, l'OAI a accusé réception de l'opposition de l'assuré, refusé l'octroi d'un délai supplémentaire et rappelé que son projet de décision rejoignait les conclusions de la SUVA. Par décision du 20 juin 2011, l'OAI a confirmé son projet du 10 mai 2009 et l'a complété en ce qui concernait également l'orientation professionnelle et l'aide au placement, ces deux mesures étant refusées au motif que l'invalidité de l'assuré n'avait pas, ou peu d'influence sur le choix d'une profession, respectivement que son atteinte à la santé ne le limitait pas dans ses recherches. La SUVA, par décision du 11 juillet 2011, a rejeté l'opposition de l'assuré. En date du 25 juillet 2011, l'assuré a recouru contre la décision de l'intimé du 20 juin 2011. Il a préalablement rectifié le déroulement des faits, indiquant qu'il avait en réalité chuté d'une échelle d'une hauteur de 4 mètres, avec réception sur les deux bras et le genou gauche. Son employeur lui aurait ensuite dit de prétendre qu'il était tombé dans les escaliers s'il voulait garder sa place. Il a soutenu que le Dr D_____ n'était pas à même de se prononcer définitivement et avec exactitude sur son état de santé dès lors qu'il n'avait pas ordonné l'arthro-CT préconisé lors du séjour à la CRR. Le recourant a contesté l'augmentation de la symptomatologie et l'autolimitation que le Dr D_____ lui imputait. Il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Dans sa réponse du 22 août 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. Invité à se déterminer, le recourant n'a pas déposé de nouvelles conclusions dans les délais impartis. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 1^{er} 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. A titre liminaire, il sied toutefois de déterminer l'objet du litige. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414). Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1A, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références). En l'espèce, la décision querellée ne concerne que la question des mesures professionnelles, une décision séparée sur le droit à la rente devant être rendue, et le recourant a conclu, dans son écriture du 25 juillet 2011, à l'octroi de telles mesures uniquement. Par conséquent, le présent litige porte exclusivement sur le droit du recourant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Selon l'art. 8 al. 1er 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 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt non publié 9C_100/2008 du 4 février 2009 et consid. 3.2 les références). Sont réputées

nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1). Se pose donc en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité imminente. La condition de l'invalidité exprimée par l'art. 8 al. 1 LAI doit être interprétée au regard des art. 8 LPGA et 4 LAI et définie, compte tenu du contexte de réadaptation, en fonction de la mesure requise (cf. MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in: MURER/STAUFFER (édit.), Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 212). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt non publié 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b p110 et les arrêts cités), la question reste ouverte d'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt non publié 9C_464/2009 du 31 mai 2010). 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). 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 (art. 7 LPGA). 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). a) 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).

b) 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).

c) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

d) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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 (arrêt non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

e) 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 prépondérant. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). 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). 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

certaines 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, 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, 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, la Cour de céans constate, à titre liminaire, que tous les médecins s'accordent sur le fait que depuis le 1^{er} octobre 2009 le recourant n'est plus capable d'exercer son activité de manœuvre sur un chantier. Demeure litigieuse la question de la capacité de travail dans une activité adaptée, qui a fait l'objet du rapport du Dr D_____. Il convient donc de déterminer si le rapport du Dr D_____ - établi le 17 février 2011 et confirmé dans une appréciation ultérieure du 23 février 2011 - sur lequel l'OAI s'est essentiellement fondé pour calculer le degré d'invalidité, dispose d'une pleine valeur probante, ce qui est contesté par le recourant. Ce dernier reproche au Dr D_____ de ne pas avoir ordonné l'arthro-CT mentionné par les médecins de la CRR et de ce fait, de ne pas être en mesure de se prononcer définitivement et avec exactitude sur son état de santé. De plus, il conteste l'augmentation de la symptomatologie et l'autolimitation qui lui sont reprochés par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Enfin, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte des constatations de son médecin traitant. Force est de constater que le rapport du Dr D_____ fait l'objet d'une étude circonstanciée des points litigieux. Il se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par le recourant. Il est établi en pleine connaissance de l'anamnèse et les descriptions du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions sont en outre dûment motivées. Le Dr D_____ explique clairement les motifs pour lesquels il a considéré que l'assuré augmentait la symptomatologie, problématique qui avait au demeurant déjà été relevée lors du séjour à la CRR. La Cour de céans considère que cette expertise est convaincante et qu'elle répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer une pleine valeur probante. Par ailleurs, la Cour de céans constate qu'hormis le fait que le Dr D_____ n'ait pas ordonné d'arthro-CT, le recourant ne formule aucune autre critique à l'encontre de ce rapport. Il ne fournit également aucun document émanant de son médecin traitant, exposant les raisons pour lesquelles l'appréciation du Dr D_____ ne serait médicalement pas justifiée en l'absence d'une arthro-CT. Bien plus, alors que la SUVA s'est également fondée sur ce rapport pour mettre un terme au versement des indemnités journalières et pour lui refuser une rente d'invalidité, le recourant n'a pas contesté sa décision sur opposition du 22 juillet 2011, qui est désormais entrée en force. Quant aux rapports du Dr B_____, ils ne permettent pas de remettre en question la valeur probante de l'appréciation du Dr D_____. Bien plus, ils concordent en partie avec sa position. En effet, le Dr B_____ a, à plusieurs reprises, suggéré un reclassement professionnel, ce qui signifie qu'il estimait que le recourant pouvait travailler dans une activité adaptée. C'est donc à juste titre que l'intimé a considéré que le rapport du Dr D_____ disposait d'une pleine valeur probante et que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2011. Selon l'art. 10 al. 2 LAI, nouvelle teneur dès le 1^{er} janvier 2008 (5^{ème} révision AI), le droit aux mesures d'ordre professionnel prend naissance dès qu'elles sont indiquées en raison de l'âge et de l'état de santé de l'assuré. En l'occurrence, il s'agit du moment où le recourant est à nouveau apte à travailler dans une activité adaptée, soit en février 2011. Il s'agit de

déterminer en l'occurrence quelle mesure d'ordre professionnel entre en ligne de compte. 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). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Par ailleurs, comme mentionné précédemment, seule une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b p110 et les arrêts cités). Il convient ainsi d'examiner si le recourant subit une perte de gain de 20 % environ et, par conséquent, son degré d'invalidité, en procédant à une comparaison des revenus. Celle-ci s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b). a) 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). b) Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb) et, pour tenir compte des circonstances, l'on procédera à un abattement. 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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 , consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, 123 V 150 consid. 2 et les références; Arrêt non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). En cas

d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât à l'assuré, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'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 de l'assuré et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt non publié 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4). Enfin, selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). a) En l'espèce, s'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du questionnaire de la SUVA rempli par l'employeur le 20 janvier 2011, que le salaire du recourant aurait été composé de la manière suivante en 2011 : 25.60 fr. par heure x 42.5 heures par semaine + 10,60% d'indemnités de vacances + 3,5% pour les jours fériés + 8.33% de 13^e salaire soit un salaire annuel de 62'605 fr. 81 (25.60 fr x 42,5h x 47 semaines, le recourant bénéficiant de 5 semaines de vacances, soit 51'136 fr. + 5'420 fr. 42 d'indemnité pour vacances + 1'789 fr. 76 d'indemnité pour jours fériés + 4'259 fr. 63 en tant que 13^e salaire). b) Le recourant n'a pas repris son activité après l'accident du 1^{er} octobre 2009 de sorte que le revenu d'invalidité doit être évalué sur la base des données statistiques résultant des Enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. Selon les données statistiques, le revenu mensuel en 2008, pour un homme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 4) était de 4'806 fr. soit un montant annuel de 57'672 fr. Dans la mesure où ce montant représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, force est d'admettre que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations physiques éprouvées par le recourant, conformes aux aptitudes de celui-ci. Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit également convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont adaptées au handicap du recourant. Les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne dans les entreprises en 2008 (41.6 heures: La Vie économique, 4/2010, tableau B 9.2 p. 90). Il convient ainsi d'adapter le salaire mensuel. En appliquant l'adaptation nécessaire (indice moyen sur les trois premiers trimestres de 2011), le salaire mensuel brut s'élève à 4'998 fr. 24 soit un salaire annuel brut de 59'978 fr. 88. Indexé selon l'ISS applicable en 2011, le salaire mensuel du recourant se serait élevé à 5'216 fr. soit 62'592 fr. par an. L'intimé a procédé à un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles. La Cour de céans n'a à cet égard aucun motif ni aucun élément lui permettant de s'écarter de cette appréciation, qui n'est au demeurant pas contestée par le recourant. Après indexation et abattement, le salaire d'invalidité s'élève à 56'332 fr. 80. Par conséquent, le degré d'invalidité du recourant est de 10 %, arrondi au nombre entier le plus proche ($[62'605.81 - 56'332.80] : 62'605.81 \times 100 = 10.02 \%$). Force est de constater que le recourant ne peut prétendre à une mesure de reclassement, son taux d'invalidité étant inférieur aux 20 % requis. Reste à examiner s'il peut prétendre d'autres mesures professionnelles. a) Selon l'article 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités

et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, no 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt non publié 9C_882/2008 du 29 octobre 2009, consid. 5.1 et les références). L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent (ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29; voir également arrêt I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 203). L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé (arrêt I 11/99 du 15 octobre 1999 consid. 6). Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité (ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29; MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, 1985, p. 82 ss et 123 ss, p. 156 ss). L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (arrêt I 552/86 du 27 novembre 1987 consid. 4a, in RCC 1988 p. 191; voir également Meyer, op. cit., ad art. 15 LAI p. 174). Dans un arrêt non publié du 10 février 2011, le Tribunal fédéral a considéré que c'était à juste titre que l'OAI avait refusé de mettre un assuré, qui n'était plus en mesure d'exercer ses activités antérieures en raison de problèmes au dos, au bénéfice d'une orientation professionnelle. Notre Haute Cour a en effet considéré que compte tenu du caractère relativement anodin de l'atteinte à la santé, les propositions formulées par le service de réadaptation de l'office quant aux types d'activités que l'on pouvait raisonnablement exiger de la part de l'assuré étaient suffisantes pour qu'il puisse s'orienter seul sur le marché du travail. De manière plus générale, dans la mesure où celui-ci offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif étaient, à l'évidence, adaptées aux limitations de l'assuré et accessibles sans aucune formation particulière, il n'existait guère d'obstacles pour l'assuré à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé. Dans ces conditions, l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité apparaissait superflue (arrêt non publié du Tribunal fédéral du 10 février 2011, 9C_534/2010, consid. 4). b) En l'espèce, l'intimé a considéré que l'invalidité du recourant n'avait pas ou peu d'incidence sur le choix d'une profession, de sorte que l'orientation professionnelle devait être refusée. Les services d'orientation professionnelle de l'assurance-chômage étaient au contraire

compétents. Pour sa part, le recourant conteste cette situation, sans donner de plus amples précisions. Force est cependant de constater que c'est à juste titre que l'intimé a refusé cette mesure d'orientation professionnelle. En effet, les limitations retenues (pas de montées et descentes fréquentes d'escalier, pas de travaux en terrain instable et pas d'utilisation d'échelles ou d'escaliers) sont peu importantes. Dès lors, dans la mesure où le marché de l'emploi offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont, à l'évidence, adaptées aux limitations précitées et accessibles sans aucune formation particulière, il n'y a guère d'obstacles pour le recourant à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé. C'est donc à juste titre que l'intimé a renvoyé le recourant au service d'orientation professionnelle de l'assurance-chômage. Reste encore à examiner si le recourant a droit à une aide au placement.

a) L'art. 18 al. 1 première phrase LAI, dans sa teneur selon la nouvelle du 21 mars 2003 ([4^{ème} révision de l'AI], en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), disposait que les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la nouvelle du 6 octobre 2006 [5^{ème} révision de l'AI], en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit: a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi. b) Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4^e révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 consid. 6; ATFA non publié I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux Arrêt non publiés I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références). Une telle mesure n'étant pas envisageable sans la pleine collaboration de l'assuré, qui doit entreprendre personnellement les démarches de recherche d'emplois étant donné son devoir de diminuer le dommage (cf. notamment ATF 123 V 230 consid. 3c et les références), la subordination d'un tel droit à une requête motivée est parfaitement fondée et correspond d'ailleurs à une pratique constante de tous les offices AI (Arrêt non publié 9C_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4).

c) Selon la jurisprudence développée à propos de l'art. 18 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'admission du droit au service de placement est subordonnée aux conditions générales du droit aux prestations de l'AI; elle dépend notamment de l'existence d'une invalidité spécifique par rapport aux prestations entrant en ligne de compte (ATF du 19 août 2005, I 523/04, consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a ainsi considéré que cette condition était remplie, pourvu que l'assuré rencontre, dans la recherche d'un emploi, des difficultés même légères en raison de son état de santé (ATF 116 V 80 consid. 6a; VSI 2000 p. 72 consid. 1a). 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 ex. 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 (arrêt [du Tribunal fédéral des assurances] I 421/01 du 15 juillet 2002, consid. 2c in VSI 2003 p. 274 s.). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (ATFA non publié I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, in VSI

2003 p. 274) principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurerait valable également après l'entrée en vigueur de la 4^{ème} et de la 5^{ème} révision de l'AI (ATFA non publié I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162 ; Arrêt non publié 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 5.2). Au regard de l'art. 18 al. 1 LAI, dont le texte et le sens sont absolument clairs, la mesure d'aide au placement ne permet pas de prévoir une courte période d'observation professionnelle et d'entraînement au travail (Arrêt non publié 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 4.1 et 4.2). 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 du 19 août 2005, I 510/04, consid. 3.1). Il n'y a en revanche pas d'invalidité au sens de l'art. 18 al. 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003 (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, par exemple pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité (ATF du 13 février 2003, I 595/02, consid. 1.2). Par ailleurs, les problèmes étrangers à l'invalidité, tels que le fait de ne pas savoir parler une des langues nationales, ne sont pas pris en considération lors de l'examen du droit à l'aide au placement (ATF du 15 juillet 2002, I 421/01, consid. 2c). Les arrêts précités ont certes été rendus sous l'empire de l'ancien droit, dans lequel l'art. 18 LAI avait une teneur différente. Il y a cependant lieu de rappeler que la 4^{ème} révision de l'AI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, a étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement (ATF du 22 septembre 2004, I 54/05, consid. 6.2). La modification de l'art. 18 al. 1 LAI lors de la 5^{ème} révision de la loi a également eu pour but d'élargir le droit au placement (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision de l'AI], FF 2005 4279). Il n'y a dès lors pas lieu selon le droit actuellement en vigueur de donner une interprétation plus restrictive aux principes régissant le droit à l'aide au placement, nonobstant les différences dans la lettre de la loi. Le Tribunal fédéral a au demeurant 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^{ème} révision de l'AI (ATF du 1^{er} mars 2010, 9C_416/2009, consid. 5.2). d) En l'espèce, force est de constater que les éventuelles difficultés du recourant pour trouver un emploi ne résultent pas du handicap lui-même, celui-ci imposant uniquement des limitations au niveau des déplacements (pas de montées et descentes fréquentes d'escalier, pas de travaux en terrain instable et pas d'utilisation d'échelles ou d'escaliers). Ces limitations peuvent être qualifiées de légères et n'entravent pas le recourant dans sa recherche de travail. Il peut se déplacer pour participer à des entretiens d'embauche. De plus, bon nombre d'activités n'impliquent pas de déplacements de sorte que le recourant n'a pas à expliquer ses limitations ou à négocier certains aménagements de la place de travail. En réalité, le principal handicap du recourant résulte de ses difficultés à parler français comme il l'a indiqué au Dr D_____. Or, cette question ne relève pas de l'assurance-invalidité de sorte que c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'octroyer une aide au placement au

recourant qui n'a, au demeurant, jamais formulé de requête motivée dans ce sens. Mal fondé, le recours sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE 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.