

## **GE\_GERICHTE A/2601/2012 vom 29. November 2012**

GE Cour de justice, 2012-11-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2601\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2601_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/2601/2012 du 29 novembre 2012

IT: GE\_GERICHTE A/2601/2012 del 29 novembre 2012

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 29.11.2012  
A/2601/2012

A/2601/2012 ATAS/1444/2012 du 29.11.2012 ( AI ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2601/2012  
ATAS/1444/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 29  
novembre 2012 3ème Chambre En la cause Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié à Genève,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard  
recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT Monsieur S \_\_\_\_\_  
(ci-après : l'assuré), né en juillet 1977, originaire de Macédoine, en Suisse depuis 1999, a  
exercé la profession de serveur. Le 14 novembre 2008, l'assuré a chuté après avoir glissé sur  
une marche. Il s'est réceptionné sur le côté gauche. Il a continué à travailler mais les  
douleurs ont augmenté progressivement de sorte qu'il a dû cesser son activité une heure plus  
tard. Le 3 décembre 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE  
CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OAI) en invoquant une  
déchirure de la hanche gauche ayant entraîné une incapacité de travail de 100 % depuis le  
14 novembre 2008. Dans un rapport du 23 février 2010, le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste  
FMH en chirurgie orthopédique, a retenu le diagnostic de coxarthrose gauche avec lésion  
étendue du labrum supéro-latéral antérieur. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de  
travail. Dans un rapport du 4 mars 2010, le Dr B \_\_\_\_\_ a également fait état d'une  
atteinte à la hanche gauche entraînant des douleurs à l'effort, une limitation du périmètre de  
marche, une boiterie et des douleurs nocturnes. Il a conclu à une totale incapacité de travail  
depuis le 14 novembre 2008 tout en indiquant que, d'un point de vue médical, l'activité  
exercée précédemment était encore exigible à 100 %. L'assuré a été adressé par son  
assureur accidents au Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a  
rendu son rapport en date du 9 avril 2010. L'expert a relaté que l'assuré se plaignait de  
douleurs à la hanche gauche, de douleurs postéro-internes exacerbées à la marche et  
présentes dans toutes les positions. Le Dr C \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de  
contusion-entorse du genou gauche, entorse de la cheville gauche, coxarthrose gauche  
secondaire sur coxa profonde bilatérale, lésions labrales gauches, inégalité de longueur du  
membre inférieur gauche de l'ordre de 0,5 cm et atrophie musculaire proximale du membre  
inférieur gauche. Il a admis un problème au niveau de la hanche gauche avec une limitation  
objective de la mobilité et des douleurs. Le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué que la pose d'une  
prothèse - de type resurfaçage vu le jeune âge de l'assuré - avait été proposée. Le médecin a  
émis l'avis que l'implantation d'une prothèse totale semblait une mesure "tout à fait  
intéressante pour la suite de la vie active de l'assuré". Le médecin a retenu les limitations  
fonctionnelles suivantes : limitation de la position assise à trente minutes, limitation de la  
position debout à cinq minutes, périmètre de marche limité à quinze minutes. Le médecin a

estimé qu'une implantation d'une prothèse totale de la hanche gauche permettrait une reprise de l'activité à plein temps et plein rendement dans la profession habituelle avec une limite concernant le port de charges. L'assuré a alors été adressé au Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique auprès du service médical régional AI (SMR), qui a rendu son rapport en date du 25 octobre 2010. Après avoir relaté les plaintes de l'assuré (douleurs à la fesse gauche et au pli de l'aîne gauche, apparaissant à la marche après quinze minutes, difficultés à rester debout en position statique plus de vingt minutes, à rester assis plus d'une heure). Le médecin a relevé que l'assuré ne voyait plus le Dr E\_\_\_\_\_ depuis la fin de l'année 2009 et que le seul traitement consistait en des antalgiques et anti-inflammatoires à faibles doses. Le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics de coxarthrose secondaire gauche et déchirure du labrum. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : des troubles de la statique vertébrale et un status après lombosciatalgie gauche. Le médecin a relevé que le Dr E\_\_\_\_\_ avait proposé une arthroplastie totale de la hanche que l'assuré avait refusée au motif qu'aucune garantie écrite ne lui avait été donnée. Le Dr D\_\_\_\_\_ a émis l'avis que le traitement antalgique était largement susceptible d'être amélioré. Si le métier de serveur n'était pas envisageable, en revanche, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles l'était. Qui plus est, en cas de succès de l'arthroplastie de la hanche, il était probable que l'assuré puisse retrouver son travail de serveur. En attendant, il pouvait exercer un travail sédentaire lui permettant d'alterner la position debout et la position assise et d'éviter le port de charges et la position debout statique. Le 15 mai 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toutes prestations. L'assuré a marqué son désaccord par courrier du 8 juin 2012 en alléguant que, vu son jeune âge, la décision de poser une prothèse de la hanche était délicate. Or, sans cette prothèse, il était incapable d'exercer la moindre activité. Par décision du 22 juin 2012, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation. L'OAI a admis que, depuis novembre 2008, la capacité de l'assuré à exercer son activité habituelle était nulle. Se référant à l'examen clinique orthopédique du SMR, l'OAI a en revanche considéré que l'assuré avait conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Considérant qu'il était malaisé de fixer avec précision le revenu avant invalidité en raison de nombreuses incohérences de chiffres, l'OAI s'est basé sur les données statistiques (ESS 2010, TA1, niveau 4), en faisant remarquer que cette manière de faire était favorable à l'assuré puisque le revenu ainsi déterminé était largement supérieur à tous ceux réalisés par l'assuré durant sa carrière professionnelle. Constatant que ce serait le même salaire qui devrait être retenu à titre de revenu après invalidité, l'OAI en a tiré la conclusion qu'il n'y avait aucune incapacité de gain. Par écriture du 27 août 2012, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à celui d'une rente partielle. Le recourant s'estime incapable d'exercer la moindre activité. Il admet qu'une prothèse de la hanche gauche pourrait améliorer sa capacité de travail mais allègue que cette décision est délicate au vu de son jeune âge. Or, en attendant, il est totalement incapable de travailler. Au surplus, le recourant conteste le revenu avant invalidité retenu par l'OAI, alléguant qu'il ressort clairement de son dossier que le dernier salaire réalisé en qualité de serveur s'élevait à 5'633 fr. brut par mois, soit 67'596 fr. par an. Il demande que ce soit ce montant qui soit retenu. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 4 octobre 2012, a conclu au rejet du recours. L'intimé se réfère à l'examen du Dr D\_\_\_\_\_ dont il considère qu'il doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Quant au revenu avant invalidité, l'intimé maintient

qu'il ne peut être déterminé avec certitude. A cet égard, il relève que, dans sa demande de prestations, l'assuré a indiqué un salaire de 5'633 fr. par mois, correspondant à un revenu annuel de 67'596 fr., que, d'après le rassemblement des comptes individuels AVS de l'intéressé, le revenu annuel de ce dernier s'est élevé à 13'586 fr. en 2006, à 10'920 fr. en 2007, à 17'703 fr. en 2008 et que, si l'on se réfère à l'attestation pour la déclaration d'impôts, ses revenus annuels ont été de 32'535 fr. en 2006, 28'381 fr. en 2007, 36'914 fr. en 2008 et 54'168 fr. en 2009 (indemnités journalières versées par l'assurance perte de gains comprises). L'intimé considère que c'est donc à juste titre qu'il s'est basé sur les statistiques et fait remarquer que le revenu ainsi estimé est largement supérieur à tous ceux que l'assuré a pu réaliser. Quant au revenu d'invalidité, l'OAI relève qu'il n'est pas tenu de décrire avec précision les activités exigibles. Dans le cas présent, à l'exception de limitations ne concernant qu'un nombre très restreint d'activités, l'assuré est capable d'exercer une profession. En effet, les limitations fonctionnelles définies consistent dans les mesures classiques d'épargne. Enfin, s'agissant de mesures d'ordre professionnel, l'OAI fait remarquer qu'un degré d'invalidité de 0 % n'y donne pas droit. Par écriture complémentaire du 22 octobre 2012, le recourant, désormais représenté par un avocat, a allégué que l'examen du Dr D \_\_\_\_\_ était emprunt de suggestivité. Il lui reproche d'être peu détaillé, incomplet et insuffisamment motivé et lui nie toute valeur probante. L'assuré soutient qu'on ne peut attendre de lui une reprise d'activité professionnelle avant la pose d'une prothèse. A l'appui de sa position, il invoque l'avis du Dr E \_\_\_\_\_, du service d'orthopédie et de traumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et celui du Dr C \_\_\_\_\_. Le 13 novembre 2012, l'intimé a fait remarquer que le Dr C \_\_\_\_\_ ne s'était pas prononcé sur la capacité de l'assuré à exercer une activité adaptée, raison pour laquelle il avait mis en œuvre un examen supplémentaire auprès du Dr D \_\_\_\_\_, lequel avait conclu à une capacité de 100 % dans une telle activité.

**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 depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité 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 l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences

économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299 ). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175 ), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 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 352 ss consid. 3). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Le recourant fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de sa capacité de travail sur le rapport du Dr D \_\_\_\_\_, médecin du SMR. Il estime en effet que ledit rapport ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante car « empreint de suggestivité », peu détaillé, incomplet et insuffisamment motivé. La Cour de céans ne saurait suivre l'argumentation du recourant pour les motifs suivants. Tout d'abord, le rapport d'examen du Dr D \_\_\_\_\_ se fonde sur une anamnèse, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante ce, d'autant plus que l'ensemble des considérations émises par le médecin examinateur, au demeurant spécialiste, est corroboré par celles du Dr C \_\_\_\_\_, qui a retenu les mêmes diagnostics et limitations fonctionnelles. On relèvera d'ailleurs que le recourant n'indique pas en quoi le rapport du Dr D \_\_\_\_\_ serait incomplet. Quant à l'affirmation selon laquelle il serait « empreint de suggestivité », la Cour ne saurait s'y rallier. Quant à l'allégation selon laquelle le Dr E \_\_\_\_\_ aurait affirmé que, sans prothèse, l'assuré ne pourrait exercer la moindre activité, la Cour n'en a pas trouvé trace au dossier. Quant au Dr C \_\_\_\_\_, s'il a effectivement conditionné la reprise d'une activité à l'implantation d'une prothèse totale de la hanche gauche, c'est uniquement celle de serveur. Dans la mesure où les limitations fonctionnelles retenues sont les limitations usuelles d'épargne, c'est à juste titre que l'intimé s'est rangé à l'avis du Dr D \_\_\_\_\_ selon lequel l'assuré pourrait exercer à plein temps et plein rendement une activité adaptée. On relèvera encore qu'aucun des médecins s'étant exprimé n'a émis de réserves quant à l'implantation de la prothèse, au contraire. S'il paraît exagéré de reconnaître une pleine capacité de travail depuis le 14 novembre 2008 puisqu'il est établi que l'accident a occasionné une déchirure, il paraît raisonnable de faire remonter cette pleine capacité de travail au 2 mars 2009, date à partir de laquelle l'assurance-accidents a considéré que seuls les problèmes dégénératifs subsistaient. Sur ce point, le recours est donc rejeté. Reste à examiner le calcul du degré d'invalidité. a) Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à un trois-quart de rente si son invalidité

atteint au moins 60% et à une rente entière si son degré d'invalidité atteint 70%. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174 ). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé. Il convient encore de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut dès lors pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). En l'espèce, s'agissant du revenu avant invalidité, l'intimé, constatant des incohérences entre les chiffres annoncés par le recourant, ceux ressortant du rassemblement de ses comptes individuels et d'autres documents produits, s'est référé aux statistiques et plus particulièrement à l'ESS 2010, TA1, niveau 4, ce qui correspond à un salaire annuel de 58'812 fr. (4'901 fr. x 12). Le recourant demande, lui, que l'on retienne un revenu annuel de 67'596 fr. Force est cependant de constater qu'aucun document ne vient étayer le revenu allégué par l'assuré. Ainsi, il ressort du rassemblement de ses comptes individuels que son salaire a oscillé entre 31'124 fr. en 2002 et 35'179 fr. en 2005, pour se limiter ensuite à 13'586 fr. en 2006, 10'920 fr. en 2007 et 17'703 fr. en 2008. Enfin, les montants ressortant des attestations fiscales, s'ils divergent, restent inférieurs à ceux annoncés par l'assuré (32'535 fr. en 2006, 28'381 fr. en 2007, 36'914 fr. en 2008 et 54'168 fr. en 2009, indemnités journalières versées par

l'assurance perte de gains comprises). Dans ces conditions, ainsi que le fait remarquer l'intimé, le revenu ressortant des statistiques se révèle plus favorable au recourant auquel on fera remarquer que même si l'on retenait le revenu qu'il article (67'596 fr.), la comparaison avec le revenu d'invalidé (58'812 fr. pour 40h./sem. = 61'311 fr. pour 41,7h./sem.) conduirait à un degré d'invalidité inférieure à 10% et donc insuffisant pour lui ouvrir droit tant à une rente qu'à des mesures de réadaptation. En effet, le revenu d'invalidé retenu par l'intimé doit également être confirmé car si les limitations décrites par le SMR peuvent de prime abord sembler importantes, elles représentent, pauses comprises, les mesures classiques d'épargne en vue d'éviter les douleurs provoquées par la pathologie susmentionnée. D'un point de vue médical, le SMR a considéré que le recourant était en mesure de reprendre l'exercice d'une activité lucrative, certes légère, à plein temps. Quoi qu'en dise l'intéressé, il convient 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 et accessibles sans aucune formation particulière. Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est à juste titre que l'intimé a nié au recourant le droit à toute prestation de sa part. Le recours est donc rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renonce à percevoir l'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 Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK 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.