

## **GE\_GERICHTE A/2666/2011 vom 28. Februar 2012**

GE Cour de justice, 2012-02-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2666\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2666_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/2666/2011 du 28 février 2012

IT: GE\_GERICHTE A/2666/2011 del 28 febbraio 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

ère Chambre En la cause Monsieur T \_\_\_\_\_, domicilié aux Avanchets, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Garance STACKELBERG recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT En date du 23 août 2005, Monsieur T \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1950, a été victime d'un accident sur son lieu de travail et s'est grièvement blessé au genou droit. Le 5 avril 2007, il a annoncé une rechute de son accident à la SUVA, en raison de vives douleurs. Des radiographies du 10 avril 2007 ont révélé une gonarthrose interne varisante bilatérale particulièrement sévère à droite. L'assuré a été mis en arrêt de travail à 100% jusqu'au 30 avril 2007, à 50% jusqu'au 31 décembre 2007 et à nouveau à 100% dès le 1 er janvier 2008. Le 8 juillet 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, devenu depuis lors l'OFFICE DE L'ASSURANCE INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Par décision du 14 janvier 2009, l'OAI a accordé des mesures professionnelles à l'assuré, considérant qu'il n'était plus capable d'exercer son activité habituelle de monteur en chauffage. Néanmoins, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles - sans montée et sans position accroupie -, sa capacité de travail était entière. Le 2 février 2009, l'assuré a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent. Il a allégué que sa santé générale ne lui permettait pas de reprendre une quelconque activité. Dans sa réponse du 3 mars 2009, l'OAI a constaté que l'aptitude subjective de l'assuré pour la mise en œuvre d'une mesure professionnelle semblait devoir être remise en question. Lors d'une audience de comparution personnelle des parties du 26 mai 2009, l'assuré a déclaré au TCAS qu'il souhaitait finalement bénéficier du stage d'orientation professionnelle et qu'il retirait son recours. Par arrêt du 26 mai 2009, le TCAS a pris acte du retrait du recours. Dans sa nouvelle décision du 4 août 2009, l'OAI a confirmé la prise en charge des frais relatifs au stage d'orientation professionnelle du 19 octobre 2009 au 31 janvier 2010. Une prolongation de la mesure du 1 er février au 2 mai 2010 a été accordée, par courrier du 21 janvier 2010. Dans un rapport du 24 février 2010, les Établissements publics pour l'intégration (EPI) ont relevé que l'assuré était en mesure de rejoindre le circuit économique normal avec une pleine capacité de travail et des rendements oscillant entre 80 et 100%. Les activités de soudure spéciale fine, petite serrurerie, préparation et pliage de tôles avant la mise sur chantier étaient proposées, pour tenir compte des limitations fonctionnelles, c'est-à-dire pour éviter les positions debout statiques, à genoux ou accroupies. Le 19 avril 2010, les EPI ont confirmé leurs précédentes conclusions. Ils ont par ailleurs précisé que l'assuré se trouvait en arrêt maladie depuis le 1 er avril 2010, en raison de douleurs à son genou droit. Les médecins préconisaient la pose d'une prothèse. Dans un rapport du 22 octobre 2010, la Dresse A \_\_\_\_\_ du service de médecine des premiers secours aux

HUG, a diagnostiqué une gonarthrose invalidante sévère droite évoluant depuis 2006. Les symptômes constatés étaient des douleurs importantes du genou à la moindre sollicitation; la marche et la position à genoux étaient impossibles. L'OAI a mandaté le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH rhumatologie et médecine interne, pour expertise. Dans son rapport du 16 février 2011, l'expert a posé les diagnostics de lombalgies, gonalgies droites, gonarthrose droite et troubles discodégénératifs importants du rachis lombaire, avec répercussion sur la capacité de travail. Il a également diagnostiqué un status après fracture du coude gauche et une neuropathie cubitale gauche chronique, sans répercussion sur la capacité de travail. L'activité professionnelle habituelle de monteur en chauffage n'était plus exigible. En revanche, dans une activité professionnelle légère, excluant les ports de charges au-delà de 15kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte à faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout, évitant la marche prolongée, principalement la montée et la descente des escaliers de même que des travaux accroupis, la capacité de travail de l'assuré était estimée à 80%, en tenant compte de sa diminution de rendement. Des mesures de reconversion professionnelle paraissaient illusoires, l'assuré ayant d'ores et déjà bénéficié de mesures d'orientation sous forme de stages aux EPI qui n'avaient débouché sur aucune amélioration concrète. L'assuré avait d'ailleurs exprimé ne pas être en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle, en raison de ses atteintes à la santé (genou droit, dos, membre supérieur gauche). Le 1<sup>er</sup> mars 2011, le Service médical régional (SMR) a retenu que la capacité de travail de l'assuré était de 80% dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles, conformément à l'expertise du 16 février 2011 qui était jugée claire et convaincante. Dans un rapport de réadaptation professionnelle du 24 mars 2011, l'OAI a fait un rappel de la situation de l'assuré et estimé, qu'en l'état, d'autres mesures de réadaptation professionnelle n'apporteraient aucune plus-value. S'agissant d'une rente, le calcul du revenu avec invalidité laissait apparaître un degré d'invalidité de 49%. Par projet de décision du 8 avril 2011, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à un quart de rente dès le 21 décembre 2008. Le 18 avril 2011, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision. Il a notamment expliqué que, depuis 2007, sa santé s'était aggravée. Son dos le faisait énormément souffrir et il avait également été opéré du bras gauche le 24 février 2011. Depuis cette intervention, il n'avait récupéré ni la force, ni la sensibilité à son bras. S'agissant de son stage professionnel, il avait pu constater qu'il avait eu droit à un traitement différent, voire inégal; il avait été le seul arabe durant ce stage et il était conscient des préjugés que les gens pouvaient avoir à l'égard des ressortissants d'Afrique du Nord. Il avait également pu constater les a priori de l'un des responsables du stage à l'égard des personnes d'un certain âge. Il estimait dès lors avoir été évalué avec partialité par les personnes qui avaient une influence sur la détermination de sa capacité de travail. Il ne comprenait d'ailleurs pas comment l'OAI pouvait retenir qu'il était capable de travailler à 80%, alors qu'il n'avait pas pu terminer ses stages professionnels en raison des douleurs ressenties, dites douleurs ayant été prouvées par la production de nombreux certificats médicaux. Il n'avait pas non plus été tenu compte de son âge. Enfin, si l'expert l'avait convoqué, il ne l'avait pas ausculté pour rendre son rapport, de sorte qu'il se justifiait de mettre en œuvre une nouvelle expertise par un médecin impartial. Le 3 juin 2011, l'OAI a confirmé que l'assuré avait droit à un quart de rente dès le 21 décembre 2008. La mise en place d'une nouvelle expertise était jugé inutile, dans la mesure où le rapport du Dr B \_\_\_\_\_ était clair et convainquant. S'agissant de la contestation des conclusions de l'orientation professionnelle, l'assuré n'avait pas démontré de manière fondée ce qu'il affirmait. Par décision du 7 juillet 2011, l'OAI a maintenu sa position. Le 6 septembre 2011, l'assuré a

interjeté recours contre ladite décision devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après : la Cour de céans). Il a conclu à son annulation, à la reconnaissance d'un taux d'invalidité de 100%, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et à l'octroi d'une rente entière. À l'appui de ses allégations, il a produit un rapport du 29 juillet 2011 de la Dresse C\_\_\_\_\_, médecin interne SMPR, aux termes duquel il présente, en plus des lombalgies et gonalgies, une neuropathie cubitale gauche. La praticienne expliquait également que, malgré une opération du coude gauche en février 2011, son patient se plaignait de paresthésies permanentes des quatrième et cinquième doigts de la main gauche, associées à des douleurs au niveau du bord ulnaire du bras gauche, une perte de force et une maladresse de la main gauche. Il présentait d'autre part des douleurs de l'épaule gauche sur possible tendinite de la coiffe des rotateurs, depuis mai 2011. Sur la base de ce rapport mais aussi sur celui du 22 octobre 2010, le recourant souligne qu'il est invalide à 100% et qu'il ne peut pas reprendre une activité professionnelle ou augmenter sa capacité de travail et ce même dans une autre profession. Le fait qu'il ait dû cesser ses stages professionnels en raison de ses douleurs (au bras, à l'épaule, au genou et à la jambe) démontre qu'il n'est pas apte à reprendre une quelconque activité, de sorte qu'une rente entière d'invalidité doit lui être octroyée. Une expertise confiée à un spécialiste indépendant devrait être mise en œuvre, si la Cour de céans estime que les rapports de ses médecins traitants sont insuffisants pour évaluer sa capacité de travail. Quoiqu'il en soit, l'expertise effectuée par le Dr B\_\_\_\_\_ n'a pas valeur probante, ce dernier n'ayant pas même pris la peine de l'ausculter. Dans sa réponse du 3 octobre 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il ressortait du rapport du 16 février 2011 que l'expert avait ausculté le recourant le 15 février 2011, plus particulièrement qu'il avait fait un examen cardio-vasculaire avec auscultation cardiaque, physiologique et respiratoire. C'est d'ailleurs sur la base des résultats de cet examen clinique, du dossier radiologique et des pièces mises à disposition que l'expert avait rédigé son rapport. La gonarthrose droite avait été investiguée exhaustivement et les médecins traitants ne faisaient valoir aucun élément objectivement vérifiable et apte à conduire à une appréciation différente du cas. S'agissant des conclusions du rapport de stage d'orientation professionnelle, elles rejoignaient celles prises par l'expert et par le SMR. Il ne se justifiait dès lors pas de mettre en place une nouvelle expertise, l'instruction ayant été menée de manière complète, tant sur le plan médical que professionnel. 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<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> janvier 2003, et les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, sont applicables 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. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité. 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). 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 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). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V160 consid. 1c). 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. 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 351 consid. 3b/ee). 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). 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 (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 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). En l'espèce, sous la plume de son conseil, le recourant allègue, en se basant notamment sur le rapport de la Dresse A\_\_\_\_\_, que sa capacité de travail est nulle tant dans son activité antérieure que dans toute activité. Dans un premier grief, il conteste la valeur probante de l'expertise du 16 février 2011, motif pris que le Dr B\_\_\_\_\_ aurait négligé de l'ausculter, pour prendre ses conclusions. Dans un second grief, il se plaint que les observations et conclusions du stage professionnel aient été retenues telles quelles par l'expert et par l'intimé, alors même que les responsables dudit stage avaient des a priori sur les ressortissants d'Afrique du Nord et sur les personnes d'un certain âge. Le fait qu'il ait dû, à chaque fois, interrompre les stages professionnels en raison de vives douleurs démontrait d'ailleurs qu'il était dans l'incapacité totale de reprendre une quelconque activité. De son côté, l'intimé estime que l'expertise du 16 février 2011 est claire, complète et convaincante et que le recourant n'a pas apporté d'élément objectif permettant de la remettre en cause. S'agissant de l'allégation selon laquelle les responsables du stage professionnel l'auraient traité de manière inégale en raison de son âge et de ses origines, l'OAI considère que le recourant n'en a pas apporté la preuve. Il apparaît en l'occurrence que la décision litigieuse se fonde sur une expertise rhumatologique rendue le 16 février 2011 par le Dr B\_\_\_\_\_. Il s'agit donc en premier lieu d'examiner la valeur probante de cette expertise. Sur le plan formel, l'expertise comprend une analyse des pièces du dossier et une anamnèse professionnelle et personnelle détaillée. L'expert a recueilli les plaintes du recourant et procédé à un examen clinique qu'il a détaillé sous le troisième chapitre de son rapport, sous "constatations objectives" (status général, tête et cou, cardio-vasculaire, respiratoire, digestif, neurologique, psychiatrique, ostéo-articulaire, rachis cervical, rachis dorsolombaire, épaules, coudes, poignets et mains, hanches et genoux, chevilles et pieds). Contrairement à ce qu'il affirme, le recourant a été ausculté. Il ne conteste du reste pas s'être présenté le 15 février 2011, pour consultation. Sur le fond, l'expert a diagnostiqué des lombalgies, gonalgies droites, gonarthrose droite et troubles discodégénératifs importants du rachis lombaire. Il a également relevé un status après fracture du coude gauche et une neuropathie cubitale gauche chronique, sans répercussion sur la capacité de travail. Il a conclu à une incapacité de travail totale dans la profession antérieure mais à une capacité de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Force est dès lors de reconnaître pleine valeur probante au rapport d'expertise qui a fait l'objet d'une étude

fouillée, se fonde sur des examens complets, pose des diagnostics clairs et décrit de manière précise aussi bien les limitations fonctionnelles que l'influence de celles-ci sur la capacité de travail de l'intéressé. Les diagnostics posés par les médecins traitants rejoignent d'ailleurs ceux de l'expert. En effet, la Dresse A \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une gonarthrose invalidante sévère droite évoluant depuis 2006 et la Dresse C \_\_\_\_\_ a certifié que son patient présentait, des lombalgies et gonalgies et une neuropathie cubitale gauche. S'agissant plus particulièrement du rapport de la Dresse A \_\_\_\_\_ sur lequel le recourant se fonde pour conclure qu'il est totalement inapte à reprendre une activité, la Cour de céans relève que si la praticienne a en effet conclu à une incapacité totale de travailler depuis avril 2007, ladite incapacité ne concernait que la profession antérieure de monteur en chauffage. Pour le surplus, elle ne s'est pas prononcée sur la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il s'ensuit que les rapports des médecins traitants ne permettent pas de remettre objectivement en question l'analyse de l'expert. En ce qui concerne l'allégation selon laquelle les conclusions du stage d'orientation professionnelle auraient été rendues en l'absence d'impartialité, la Cour de céans ne dispose pas d'éléments de preuve suffisants pour aller dans le sens du recourant. À la lecture des rapports des EPI, il apparaît que les responsables du stage ont distingué les points forts et les points faibles du recourant sous l'angle de ses capacités physiques, d'adaptation et d'acquisition des connaissances théoriques et d'intégration sociale. Leurs conclusions se basent sur des constatations objectives en milieu professionnel et il n'apparaît nullement qu'ils aient traité le recourant différemment, en raison de ses origines et de son âge. L'intéressé se contente d'ailleurs d'avancer qu'il a été accueilli de manière différente par rapport à d'autres assurés, sans démontrer concrètement qu'il aurait effectivement été la cible de propos raciaux ou de remarques désobligeantes liées à son âge. Au vu de ce qui précède et des conclusions concordantes quant aux diagnostics, une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée doit être reconnue au recourant. Reste à déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a retenu un degré d'invalidité de 49% ouvrant droit à un quart de rente. 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. L'art. 16 LPGA s'applique par ailleurs à l'évaluation de l'invalidité des assurés. Cette dernière disposition prévoit que, 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. Il convient ainsi en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). En ce qui concerne la comparaison des revenus, sont déterminants les rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 ; 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 75 consid. 3b). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 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 non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121), que 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. 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 non publié 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2). A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés ; ATFA non publié I 376/05 du 5 août 2005, consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (ATFA non publié I 304/06 du 22 janvier 2007, consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (ATFA non publié I 392/02 du 23 octobre 2003, consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (ATFA non publié I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (ATF non publié 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009, consid. 4.3.2). En l'espèce, le calcul d'invalidité tel qu'effectué par l'intimé n'a pas été contesté par le recourant, si ce n'est qu'il considère qu'il n'a pas été tenu compte de son âge. En réalité, dans son calcul d'invalidité, l'intimé a procédé à la réduction maximale de 25% au titre d'abattement, pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant mais également de son âge. En vérifiant le calcul d'invalidité, la Cour de céans parvient aux mêmes résultats que l'intimé. Elle n'a dès lors pas de motif de s'en écarter, pas plus que de la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle

il est exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions; ATFA non publié I 376/05 du 5 août 2005, consid. 4.2). Il s'ensuit que la Cour de céans confirme le degré d'invalidité de 49% retenu par l'OAI. S'agissant d'une éventuelle mesure de réadaptation professionnelle, elle serait inutile dans le cas du recourant, celui-ci ayant déclaré ne pas souhaiter reprendre une quelconque activité. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Étant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI 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.