

## **GE\_GERICHTE A/3145/2008 vom 18. Februar 2009**

GE Cour de justice, 2009-02-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3145\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3145_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/3145/2008 du 18 février 2009

IT: GE\_GERICHTE A/3145/2008 del 18 febbraio 2009

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.02.2009  
A/3145/2008

A/3145/2008 ATAS/176/2009 du 18.02.2009 ( AI ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3145/2008  
ATAS/176/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES  
Chambre 5 du 18 février 2009 En la cause Monsieur C \_\_\_\_\_, domicilié à  
CHÂTELAIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BROTO Diane  
recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de  
Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur C \_\_\_\_\_, né en 1950, de profession  
bouanger, a travaillé en dernier lieu en tant que manutentionnaire pour l'entreprise  
X \_\_\_\_\_ SA. En arrêt de travail depuis le 10 mai 2005 en raison de lombalgies, il a  
déposé le 22 août 2006 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à  
l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente. En date du 4  
septembre 2006, l'employeur a attesté que l'assuré avait travaillé à plein temps, du 17 mai  
2004 au 31 janvier 2005 et du 26 avril 2005 jusqu'au 31 août 2005, en tant qu'aide-fondeur.  
Il avait réalisé en 2005 un salaire horaire de 23 fr. 20. S'il avait été en bonne santé, il aurait  
obtenu un salaire horaire de 23 fr. 65 en 2006. Le 13 septembre 2006, la ZURICH  
ASSURANCES a communiqué à l'OCAI une copie du dossier constitué par ses soins en sa  
qualité d'assureur perte de gain pour maladie. Il en ressortait que l'assuré avait été victime  
d'un accident de travail le 10 mai 2005, qui avait été pris en charge par la SUVA.  
L'assureur maladie était intervenu ultérieurement, à partir du 4 juillet 2005. Le dossier  
médical comprenait, notamment, une expertise effectuée le 13 janvier 2006 par le Dr  
L \_\_\_\_\_, rhumatologue. L'expert rapportait que l'assuré, en date du 10 mai 2005, avait  
chuté en arrière avec réception sur la région lombaire. Les radiographies de la colonne  
lombaire n'avaient pas révélé de fracture et le CT-Scan effectué un mois plus tard n'avait  
pas montré de lésion post-traumatique, mais une discopathie L3-4 et de l'arthrose facettaire  
L3-4, L4-5. Depuis lors, l'assuré – qui avait déjà connu des antécédents de lombalgies en  
1986 et en 2000 – se plaignait de lombalgies constantes, augmentées le matin avec des  
blocages intermittents et une barre lombaire. Le diagnostic retenu était des lombalgies  
chroniques non spécifiques sur une ébauche de discopathie L3-4, avec des signes de  
surcharge dénotant un seuil de la douleur abaissé, une discordance algo-fonctionnelle et un  
dysfonctionnement dans la collaboration. L'assuré devait pouvoir bénéficier d'un  
programme de réadaptation de trois semaines à la Clinique de la SUVA de Sion, comportant  
rééducation physique et comportementale, de nature à lui permettre une reprise de son  
ancienne activité professionnelle à 100%. L'assurance perte de gain était tenue de verser ses  
prestations jusqu'au 30 avril 2006, date à partir de laquelle l'assuré était censé, après le  
programme de rééducation, avoir récupéré une capacité fonctionnelle totale dans son  
activité antérieure. Le Dr M \_\_\_\_\_, orthopédiste, a précisé à l'OCAI, en date du 15

septembre 2006, qu'il avait suivi l'assuré du 10 mai au 22 novembre 2005 pour des lombalgies post-traumatiques à la suite d'une chute en arrière. Il attestait une incapacité de travail entière, du 4 juillet au 22 novembre 2005, l'assuré ayant ensuite changé de médecin. Interpellé par l'OCAI, le Dr N\_\_\_\_\_, généraliste, a rapporté qu'il suivait l'assuré depuis le 15 novembre 2005, pour des lombalgies aiguës, qui avaient déjà fait leur apparition en 1986, en 2000 et en 2002 (rapport médical AI du 13 septembre 2006). Son patient présentait une incapacité de travail entière depuis le 15 novembre 2005 ; l'exercice de l'ancienne activité (travail lourd dans fonderie) ou d'une autre activité n'était pas exigible. En date du 9 novembre 2007, la Dresse O\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a observé que l'incapacité de travail totale dans toute activité attestée par le Dr N\_\_\_\_\_ n'était pas justifiée par des données objectives ; quant à l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, elle datait de presque deux ans. Il était par conséquent nécessaire de réinterroger le médecin traitant afin de savoir si l'assuré avait suivi une rééducation ciblée, stationnaire ou ambulatoire, et en connaître l'évolution. Interpellé à nouveau par l'OCAI, le Dr N\_\_\_\_\_ a précisé, en date du 28 novembre 2007, que l'assuré avait effectivement suivi un programme de rééducation qui lui avait permis d'aller un peu mieux ; selon le rapport du service de rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 30 octobre 2006, l'assuré avait séjourné dans ce service du 18 septembre au 14 octobre 2006 pour une prise en charge multidisciplinaire. A la sortie, l'évolution avait été jugée favorable avec une amélioration de la mobilité et une diminution des douleurs ; la capacité de travail était de « 00% ». Le médecin traitant estimait toutefois que l'état de santé de son patient s'était aggravé et que le pronostic était mauvais. La capacité de travail était nulle aussi bien dans l'ancienne activité que dans une activité adaptée, compte tenu des problèmes au dos et de l'âge du patient (57 ans). Dans un avis médical du 3 janvier 2008, le Dr P\_\_\_\_\_ du SMR a exposé que l'on comprenait mal, à la lecture du dossier, ce qui empêchait l'assuré d'avoir une pleine capacité de travail, à tout le moins dans une activité adaptée, comme l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ le laissait entendre. Afin de disposer d'éléments médicaux clairs, il proposait que l'assuré se soumette à un examen rhumatologique au SMR. Le 15 janvier 2008, l'assuré a été examiné par le Dr Q\_\_\_\_\_, rhumatologue au SMR, qui a établi son rapport le 21 avril 2008, après avoir pris connaissance des radiographies du rachis lombaire effectuées le 16 avril 2008. L'expert rappelait que selon l'anamnèse, l'assuré présentait des problèmes de dos depuis 1999. En mai 2005, il avait chuté du bas d'une échelle sur son lieu de travail et était tombé sur le dos. Il avait consulté le Dr M\_\_\_\_\_ qui avait effectué des radiographies et pratiqué une injection de contre-douleurs. Depuis lors, le patient décrivait des douleurs lombaires de plus en plus importantes, parfois intenable. Les symptômes rapportés étaient quotidiens, fluctuants en intensité selon les jours, prédominant le matin. Les radiographies effectuées en avril 2008 montraient une légère scoliose à convexité gauche, un pincement modéré en L3-4, des troubles dégénératifs postérieurs en L3-4, L4-5 et un début de spondylose antérieure en L3-4. Au titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, l'assuré présentait des lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de discopathie L3-4 et de troubles dégénératifs postérieurs (M54.5). Il souffrait également d'un psoriasis cutané non invalidant. L'examen confirmait l'absence de gravité des lombalgies, avec absence de syndrome rachidien, de sciatalgie irritative et de douleurs segmentaires ; l'expert observait par ailleurs une « discordance importante entre les allégations de l'assuré, son comportement algique marqué lors de l'examen du rachis ». Toutefois, la présence de troubles dégénératifs du rachis lombaire conduisait à admettre des limitations fonctionnelles

concernant le rachis lombaire : le travail en porte-à-faux, des flexions-extensions répétées, le port de charges supérieures à 10 kg, la position statique prolongée assise au-delà d'une heure et debout au-delà de 30 minutes devaient être évités. L'ancienne activité d'aide fondeur n'était plus exigible depuis le 11 mai 2005, car trop contraignante pour le rachis. En revanche dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites, l'exigibilité était complète, depuis le 13 janvier 2006, date de l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_. Par projet de décision du 15 mai 2008, l'OCAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée et pouvait réaliser un revenu de 50'318 fr. ; comparé au revenu avant l'invalidité de 53'250 fr., le degré d'invalidité était de 5,5%, bien au-dessous du seuil de 40% ouvrant le droit à une rente. Le 16 juin 2008, l'assuré a été entendu par l'OCAI, qui a consigné l'entretien dans un procès-verbal contresigné par l'assuré. Ce dernier s'opposait au projet de décision, dès lors qu'il ne voyait pas dans quel métier il pouvait être orienté ; il n'était plus en mesure de faire du sport, ses courses ou le ménage. Par décision du 1<sup>er</sup> juillet 2008, l'OCAI a confirmé le refus de prestations. Les arguments présentés dans la procédure d'audition n'étaient pas susceptibles d'influencer le droit aux prestations. Sur demande expresse, écrite et motivée, de la part de l'assuré, une aide au placement pouvait être accordée. Par l'intermédiaire de Me Diane BROTO-ANGHELOPOULO, avocate, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, par pli daté du 2 septembre 2008 mis à la poste le même jour. Il contestait les conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_, du 21 avril 2008, qui lui paraissaient contradictoires. Le Dr Q\_\_\_\_\_ concluait d'une part à l'absence de gravité des troubles présentés, tout en admettant d'autre part la réalité des troubles dégénératifs du rachis lombaire révélés par le radiologue, en particulier le pincement discal en L3-4. De plus, le Dr Q\_\_\_\_\_ admettait la présence de limitations fonctionnelles au niveau du rachis lombaire, mais estimait ce nonobstant que la capacité de travail dans une activité adaptée était entière, sans toutefois fournir un exemple de métier adapté. Or, les troubles présentés étaient incompatibles avec l'exercice d'une quelconque activité à 100%, et ce même dans un emploi sédentaire, la station assise prolongée n'étant pas non plus compatible avec les lombalgies. Enfin, l'OCAI aurait dû, à tout le moins, offrir au recourant une aide au placement, compte tenu notamment de son âge (58 ans) et du fait qu'il n'avait plus travaillé depuis deux ans. Le recourant demandait ainsi la mise en œuvre d'une contre-expertise, suite à laquelle un nouveau calcul du degré d'invalidité devait être effectué. Subsidiairement, il sollicitait l'octroi d'une mesure d'aide au placement. Dans sa détermination du 30 septembre 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours. S'agissant de l'appréciation médicale du dossier, il y avait lieu de se référer aux conclusions de l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ et à celles de l'examen clinique rhumatologique du Dr Q\_\_\_\_\_. Le dossier médical contenait suffisamment d'éléments fiables et concordants pour statuer sur la capacité de travail du recourant ; la mise en œuvre d'une expertise n'était ainsi pas indiquée et la décision attaquée devait être confirmée. Quant à l'aide au placement sollicitée, la décision entreprise contenait une proposition dans ce sens, à la condition que l'assuré en fasse la demande expresse. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. a) La décision litigieuse, du 1<sup>er</sup> juillet 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA le 1<sup>er</sup> janvier 2003, ainsi qu'à

l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). De plus, la demande de prestations a été déposée le 22 août 2006 et se réfère à une incapacité de travail significative ayant débuté au plus tôt le 10 mai 2005 (cf. demande de prestations, p. 6), soit postérieurement à l'entrée en vigueur de ces dispositions. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ). b) Quant aux modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités). Cela étant, s'agissant de l'évaluation de l'invalidité et de l'échelonnement des rentes, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5ème révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 56 ss LPGA). Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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). 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). b) 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 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). 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 (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI depuis le 1er janvier 2008). c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 29 al. 1 let. a LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 janvier 2007) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 let. b LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 janvier 2007). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales

constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références). b) Selon le principe de la 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). 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 V 160 consid. 1c.). c) S'agissant des 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). d) L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet en fin de compte de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si le Tribunal fédéral tient compte de la différence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (cf. arrêts du Tribunal fédéral non publiés 9C\_701/2007 du 20 juin 2008, consid. 3.3 et 9C\_897/2007 du 8 juillet 2008 et les références), il n'a jamais établi une hiérarchie entre les divers types d'expertises médicales (cf. arrêt du Tribunal fédéral non publié du 15 septembre 2008, 9C\_885/2007, consid. 3.2). e) Enfin, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance

prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). En l'espèce le recourant souffre de douleurs lombaires persistantes, présentes depuis plusieurs années, mais s'étant intensifiées depuis le mois de mai 2005, suite à une chute sur le dos. Au terme d'un examen clinique rhumatologique, le Dr Q \_\_\_\_\_, rhumatologue au SMR, a retenu le diagnostic de lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de discopathie L3-4 et de troubles dégénératifs postérieurs ; il n'y avait pas de syndrome rachidien, ni de sciatalgie irritative et de douleurs segmentaires. Ce médecin a aussi observé un comportement algique marqué lors de l'examen et une discordance importante dans les allégations de l'assuré (cf. rapport du Dr Q \_\_\_\_\_ du 28 avril 2008, p. 6). S'agissant des répercussions de ces affections sur la capacité de travail, le Dr Q \_\_\_\_\_ a estimé que, compte tenu des troubles dégénératifs observés, l'ancienne activité d'aide-fondeur n'était plus exigible, dès lors qu'il s'agissait d'un travail contraignant physiquement, effectué en station debout, avec des ports de charges répétés allant jusqu'à une trentaine de kg. En revanche, dans une activité sédentaire adaptée, permettant d'éviter le travail en porte-à-faux, des flexions-extensions répétées, le port de charges supérieures à 10 kg, la position statique prolongée assise au-delà d'une heure et debout au-delà de 30 minutes, la capacité de travail était entière. Le recourant conteste les conclusions du Dr Q \_\_\_\_\_. Il est selon lui contradictoire de conclure à l'absence de gravité des troubles lombaires observés, tout en admettant la nature dégénérative objectivée à l'examen radiologique. Il estime également qu'il n'existerait pas d'activité adaptée à son état de santé. Le Tribunal de céans observe à cet égard que les constatations cliniques du Dr Q \_\_\_\_\_ concordent en substance avec celles du Dr L \_\_\_\_\_, rhumatologue, qui avait examiné l'assuré en janvier 2006 à la demande de l'assureur-maladie. Selon ce praticien, l'assuré souffrait de lombalgies chroniques non spécifiques, sur une ébauche de discopathie L3-4 ; le Dr L \_\_\_\_\_ avait exclu la présence d'une atteinte rachidienne inflammatoire, d'un syndrome vertébral lombaire ou d'une atteinte neurologique. Il avait aussi observé, à l'instar du Dr Q \_\_\_\_\_, des signes de surcharge dénotant un seuil de la douleur abaissé, une discordance algo-fonctionnelle et un dysfonctionnement dans la collaboration. Quant aux répercussions des affections observées sur la capacité de travail, le Dr L \_\_\_\_\_ avait même estimé qu'après rééducation, l'assuré devait être en mesure de reprendre à 100% l'ancienne activité d'aide fondeur; a fortiori, ce médecin admettait donc que l'exercice à plein temps d'une activité sédentaire plus légère était possible. Les conclusions du Dr L \_\_\_\_\_ corroborent ainsi celles du Dr Q \_\_\_\_\_, dans la mesure où elles vont encore plus loin. L'avis du Dr N \_\_\_\_\_, médecin traitant (rapports du 13 septembre 2006 et du 28 novembre 2007), n'est pas susceptible de remettre en cause les conclusions du Dr Q \_\_\_\_\_ sur la capacité résiduelle de travail, ce d'autant moins que les conclusions de ce dernier sont corroborées par l'expertise rhumatologique ordonnée par l'assureur-maladie. En effet, les deux rapports du médecin traitant, qui attestent d'une capacité de travail nulle dans toute activité, ne sont pas probants faute de motivation, d'autant moins que le Dr N \_\_\_\_\_ n'est pas rhumatologue mais généraliste et qu'en sa qualité de médecin traitant il peut être 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. 3a p. 352, 122 V 157 consid. 1c et

les références p. 160). Quant au rapport de sortie du service de rééducation des HUG du 30 octobre 2006, il n'est d'aucun secours dès lors qu'il fait état d'une capacité de travail à la sortie de « 00% », ce qui signifie selon toute vraisemblance 100%, au vu de la bonne évolution de l'état de santé du recourant pendant son séjour dans ce service. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de se rallier aux conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_, qui revêtent pleine valeur probante, et de reconnaître que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée, au plus tard dès le 1<sup>er</sup> mai 2006 (cf. conclusions du Dr L\_\_\_\_\_ s'agissant de la reprise de son ancienne activité). La mise en œuvre d'investigations médicales supplémentaires, notamment d'une nouvelle expertise rhumatologique, telle que sollicitée par le recourant, n'apparaît par ailleurs pas justifiée, dans la mesure où le dossier médical comprend déjà deux expertises rhumatologiques, établies à deux ans d'intervalle, dont les conclusions sont superposables, s'agissant de l'exigibilité de l'exercice d'un travail à plein temps, à tout le moins dans une activité adaptée. Il reste à déterminer si le recourant subit une perte de gain en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. 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 dans la teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus selon l'art. 28 al. 2 LAI et 16 LPGA, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité, soit au plus tôt en 2006, à savoir une année après le début de l'incapacité de travail significative (qui a débuté le 10 mai 2005 ; art. 29 al. 1 let. b LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte, dans la mesure où elles sont susceptibles d'influencer le droit à la rente. a) En l'espèce, s'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du questionnaire pour l'employeur rempli le 4 septembre 2006, que le recourant aurait réalisé en 2006, sans atteinte à la santé, un salaire horaire de 23 fr. 65. Compte tenu d'un horaire de travail de 45 heures par semaine (cf. déclaration de sinistre LAA et maladie), le revenu hebdomadaire était de 1'064 fr. 25, soit 55'341 fr. (une année comprenant 52 semaines). b) S'agissant du revenu d'invalidité, il ressort des éléments du dossier que le recourant n'a pas repris le travail après l'accident du 10 mai 2005. Ainsi, le revenu d'invalidité est à évaluer sur la base des salaires statistiques résultant des Enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (cf. ATF non publié I 157/04, du 22 décembre 2004 consid. 1.4 ; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). En règle générale, il convient de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Cette solution est en particulier justifiée lorsque la personne assurée ne pourra plus exercer son activité habituelle et qu'elle est tenue de trouver un emploi dans un nouveau domaine d'activité, l'intégralité du marché du travail étant ainsi à sa disposition (arrêt 9C\_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 et 5.2, non publiés aux ATF 133 V 545 , et les références citées). Selon les données statistiques, le

revenu mensuel en 2006, pour un homme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 4) était de 4'732 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 et répétitives 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. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 7-8/2007, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 4'933 fr. 10 par mois (4'732 x 41.7 : 40), soit 59'197 fr. 30 par an. 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). En l'espèce, compte tenu des limitations fonctionnelles constatées médicalement et de l'âge de l'assuré, l'OCAI a pris en compte un abattement de 15%, qui apparaît en l'espèce justifié. Le revenu annuel raisonnablement exigible se monte dès lors à 50'318 fr. d) Le recourant présente ainsi un degré d'invalidité arrondi de 9% ([55'341 fr. – 50'318 fr.] : 55'341 x 100 = 9,07%), ce qui n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il convient d'observer que même avec un abattement maximal de 25% sur le revenu d'invalidé (44'398 fr), ce qui serait disproportionné en l'espèce, le degré d'invalidé serait de toute manière inférieur à 40% (19,77%). S'agissant de l'octroi d'éventuelles mesures professionnelles, le Tribunal de céans observe que la mise en place d'un reclassement ne serait en l'espèce pas justifiée, -indépendamment de la réalisation de la condition d'un degré d'invalidité d'environ 20% -, et ce d'une part en raison de l'âge du recourant (58 ans au moment de la décision litigieuse) et d'autre part en raison du fait que les activités simples et répétitives qu'il est susceptible d'exercer ne requièrent pas de formation particulière si ce n'est une mise au courant pratique en entreprise. Quant à la demande d'aide au placement formulée par le recourant dans son recours, il convient d'observer que la décision entreprise lui confère expressément la possibilité de réclamer cette mesure et qu'il lui appartient par conséquent d'en faire la demande à l'intimé. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique, il est dispensé du paiement de l'émolument de justice (art. 12 al. 1 du règlement cantonal sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986). PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dispense le recourant du paiement de l'émolument de justice. 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); 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 Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER La secrétaire-juriste : Verena PEDRAZZINI RIZZI 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.