

## **GE\_GERICHTE A/3589/2009 vom 15. März 2010**

GE Cour de justice, 2010-03-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3589\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3589_2009)

FR: GE\_GERICHTE A/3589/2009 du 15 mars 2010

IT: GE\_GERICHTE A/3589/2009 del 15 marzo 2010

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 15.03.2010  
A/3589/2009

A/3589/2009 ATAS/283/2010 du 15.03.2010 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 17.05.2010, rendu le 10.03.2011, ADMIS, 9C\_415/2010 En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3589/2009  
ATAS/283/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES  
Chambre 6 du 15 mars 2010 En la cause Monsieur K\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LOCCIOLA Maurizio recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT M. K\_\_\_\_\_, (ci-après : l'assuré) né en 1966, marié, père d'un enfant né en 2007, originaire du Kosovo, titulaire d'une autorisation de séjour B, entré en Suisse en 1999 a été engagé par X\_\_\_\_\_ comme vidangeur depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2007 et assuré à ce titre auprès de la SUVA selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20). Il a travaillé également pour la régie Y\_\_\_\_\_ SA depuis 2002 comme concierge à raison de cinq heures par semaine en moyenne et de 2000 à 2006, comme chasseur voiturier pour l'hôtel Z\_\_\_\_\_ à Genève. Le 28 janvier 2008, l'assuré a été en incapacité totale de travailler à la suite d'un accident du 24 janvier 2008, attestée par le Dr L\_\_\_\_\_, FMH spécialiste en radiologie. Selon une déclaration LAA du 28 janvier 2008, l'assuré a chuté contre un petit muret alors qu'il portait des courses de vidange le 24 janvier 2008 à 10h00. Il est mentionné au bas de la déclaration LAA un salaire de base de 4'325 fr. mensuels, une indemnité vacances/jours fériés de 10,6 % et une gratification/treizième mois de 8,33 % ainsi que 200 fr. d'allocations familiales. L'accident avait entraîné, selon un rapport du 6 février 2008 du Dr L\_\_\_\_\_, une contusion et entorse lombaire et du genou gauche. Le 6 février 2008, l'assuré a précisé qu'il avait chuté sur le genou gauche en portant un tuyau de vidange, ce qui lui avait occasionné un mal de dos. Une IRM du genou gauche du 12 février 2008 a conclu à une "lame de liquide dans le compartiment externe du genou. Désinsertion partielle de la base de la corne postérieure du ménisque interne. Pas de lésion méniscale externe. Les ligaments croisés sont conservés. Tendon rotulien de signal hyperintense traduisant une tendinopathie. Tuméfaction modérée de l'insertion proximale du ligament collatéral interne au niveau de son faisceau antérieur pouvant traduire un status post-étirement. Pas de lésion du ligament collatéral externe". Le 7 avril 2008, la Dresse M\_\_\_\_\_, FMH chirurgie, a rendu un rapport médical relevant que l'IRM avait montré une déchirure méniscale et que l'assuré allait consulter le Dr N\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, pour évaluation de l'atteinte méniscale. Le 11 avril 2008, le Dr N\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical dans lequel il a posé le diagnostic de déchirure périphérique grade III de la corne postérieure du ménisque interne et indiqué qu'une intervention était prévue le 22 avril 2008. Le rapport opératoire du 22 avril 2008 a indiqué qu'une méniscectomie arthroscopique

partielle interne avait été pratiquée. Lors d'un entretien SUVA du 23 mai 2008, l'assuré s'est plaint de manque de force dans la jambe gauche, douleur du genou gauche et de déplacements avec peine. Le 23 mai 2008, la SUVA a rempli un "formulaire de communication pour adulte : détection précoce" de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), lequel a été signée par l'assuré. Selon un rapport SUVA du 23 mai 2008, le poste de vidangeur impliquait le port de tuyaux, l'ouverture de regards pesant plus de 80 kilos, le maintien de la position à genoux, plié en deux et debout de plus ou moins longues durées. Une IRM du genou gauche du 1<sup>er</sup> juillet 2008 a conclu à un "status post-ménisectomie partielle étendue du ménisque interne avec forte suspicion de redéchirure oblique de la corne postérieure du ménisque interne résiduelle. Discrète gonarthrose tricompartmentale prédominant au niveau du compartiment fémoro-tibial interne". Le 4 août 2008, le Dr N\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical intermédiaire LAA en mentionnant qu'une éventuelle arthroscopie serait nécessaire. Par communication du 21 août 2008, l'OAI a clos la détection précoce, faute pour l'assuré d'avoir déposé à l'OAI une demande de prestations, nonobstant la requête du 18 juin 2008, renouvelée le 24 juillet 2008. A la demande de l'OAI, l'assuré a rempli le 15 septembre 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Le 19 septembre 2008, X\_\_\_\_\_ SA a indiqué, dans le questionnaire AI pour l'employeur, que le salaire mensuel de l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 était de 4'369 fr. et que l'activité de l'assuré consistait à parfois installer et désinstaller un compteur à eau, rouler et dérouler des courses et souvent ouvrir et fermer des vannes. L'employeur a joint les décomptes de salaire de l'assuré d'octobre 2007 à août 2008. Il ressort en particulier des décomptes des mois d'octobre, novembre et décembre 2007 que le salaire de base était de 4'269 fr. plus une indemnité professionnelle journalière au taux de 18,850 %, un droit aux vacances de 10,6 % et un treizième mois versé en décembre 2007 au taux de 8,33 %. Le 17 septembre 2008, le Dr N\_\_\_\_\_ a pratiqué une seconde opération, soit une toilette méniscale arthroscopique interne. Le 6 octobre 2008, le Dr L\_\_\_\_\_ a rempli un rapport AI en mentionnant que l'assuré avait déjà subi deux opérations sans résultat, qu'il présentait actuellement des douleurs, craquement, blocage et tuméfaction, qu'il se plaignait de douleurs nocturnes, qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 28 janvier 2008, qu'il n'arrivait même pas à marcher, qu'il avait besoins de cannes anglaises, qu'il boitait, qu'il était nécessaire d'effectuer un renforcement musculaire et qu'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité. Le 4 décembre 2008, le Dr N\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI mentionnant que le diagnostic était celui de déchirure méniscale interne gauche, qu'il suivait l'assuré depuis le 8 avril 2008, que le patient se plaignait de douleurs l'empêchant de reprendre son activité, que le pronostic était objectivement bon, qu'il existait des douleurs à la marche, que l'activité exercée était exigible à 50 % pour commencer et pendant deux mois, à évaluer à partir du 7 décembre 2008. Le 8 décembre 2008, le Dr N\_\_\_\_\_ a attesté de la persistance d'une boiterie et d'une mobilisation douloureuse. Le 13 janvier 2009, le Dr O\_\_\_\_\_, FMH chirurgie, médecin-conseil de la SUVA, a rendu un rapport médical à la suite de l'examen de l'assuré du 8 janvier 2009. Il a relevé que le patient se plaignait de la présence de douleurs malgré les deux opérations, en particulier dans les escaliers, qu'il ne pouvait pas courir, que son genou enflait et que la marche à plat était limitée à une demi-heure, que selon son appréciation une évaluation à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) était nécessaire, que l'assuré pourrait, selon l'IRM du 9 janvier 2009 (concluant à un petit fragment visible à proximité de la base d'implantation de la corne supérieure du ménisque interne, de nature indéterminée) présenter un fragment méniscal ou une calcification. L'assuré a séjourné à la

CRR du 20 janvier au 17 février 2009. Un consilium de l'appareil locomoteur a eu lieu le 16 février 2009, un rapport de physiothérapie le 16 février 2009 et un consilium psychiatrique le 11 février 2009. Le rapport de la CRR du 27 février 2009 relève que l'assuré se plaignait à l'entrée de douleurs prédominant au compartiment interne, d'une tuméfaction à l'effort, d'un sentiment de craquement dans le genou et d'une boiterie, qu'à la sortie il déclarait ne pas sentir d'amélioration, qu'il présentait des gonalgies internes persistantes, que l'examen clinique était dominé par un comportement douloureux marqué avec des autolimitations, qu'il n'y avait pas, sur la base du bilan IRM et d'une scintigraphie, d'argument pour une algodystrophie, qu'il n'y avait ainsi pas d'atteinte somatique pouvant expliquer l'importance des plaintes, qu'aucun trouble psychiatrique n'avait été diagnostiqué mais qu'une amplification des symptômes était évoquée en rapport avec le sentiment de l'assuré de ne pas avoir bénéficié d'une bonne écoute de la part du corps médical, représentatif d'un fonctionnement narcissique, qu'il souhaitait se reconvertir en tant que chauffeur de taxi, qu'il pouvait accomplir une tâche légère en position assise, avec peu de déplacements et avec port de charge limité à quelques kilos. La lettre de sortie du 17 février 2009 mentionne une incapacité de travail totale du 20 janvier au 15 mars 2009. Le 23 janvier 2009, la régisseuse Y \_\_\_\_\_ a informé la SUVA que le revenu de l'assuré antérieurement de 810 fr. x 13 était passé à 830 fr. x 13. Par communication du 2 février 2009, l'OAI a constaté qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, l'état de santé n'étant pas encore stabilisé. Le 26 mars 2009, le Dr O \_\_\_\_\_ a proposé de soumettre le dossier à la division médicale de Lucerne. Le 22 avril 2009, le Dr P \_\_\_\_\_, de la division médicale de la SUVA, FMH chirurgie et orthopédie, a rendu une appréciation médicale en relevant que le patient souffrait d'une arthrose fémoro-tibiale légère, que les troubles dégénératifs au genou étaient symétriques et antérieurs à l'accident, que l'état post-méniscectomie pouvait évoluer vers une arthrose fémoro-tibiale mais que cette complication n'intervenait pas systématiquement dans l'évolution postopératoire, que l'on pouvait souscrire à la capacité de travail décrite par la CRR, en ajoutant qu'une activité avec alternance des positions assise/debout était également envisageable sans port de charge répétitif de plus de 10 kilos, sans marche en terrain accidenté ou montée et descente fréquente d'escaliers ou d'échelles. Le 30 avril 2009, le Dr O \_\_\_\_\_ a considéré que la situation était stabilisée à la fin du séjour à la CRR, qu'une exigibilité pouvait être formulée, soit une activité sans déplacements sur de longues distances, en terrain inégal, sans montées et descentes d'escalier, sans utilisation d'échelles et port de charges moyennes à lourdes ainsi que sans positions debout prolongées et travaux accroupis. Une activité adaptée privilégiant l'alternance des positions assises et debout et les déplacements sur de courtes distances pouvait être exercée à 100 %. Par courrier du 7 mai 2009, la SUVA a informé l'assuré que l'indemnité journalière lui serait versée jusqu'au 30 septembre 2009 et qu'un droit à une rente serait évalué ensuite. Le 7 mai 2009, la SUVA a constaté que le salaire de l'assuré chez X \_\_\_\_\_ SA était en 2008 de 4'325 fr. par mois + 10,6 % vacances + 8,33 % de gratification + 200 fr. d'allocations familiales. Le 14 mai 2009, X \_\_\_\_\_ SA a indiqué à la SUVA qu'en 2009, le salaire de l'assuré serait de 4'462 fr. par mois + 10,6 % vacances + 8,33 % gratifications + 200 fr. allocations familiales. Y \_\_\_\_\_ SA a rempli le 2 juin 2009 le questionnaire AI pour l'employeur en mentionnant un contrat depuis le 1 er décembre 2001 comme concierge de six heures par semaine avec un salaire de 830 fr. x 13 depuis le 1 er janvier 2009. Le 2 juin 2009, l'assuré s'est soumis à une IRM du genou gauche laquelle a conclu à un discret épanchement intra-articulaire; un reliquat fibreux dans la graisse de Hoffa, de localisation antéro-interne; un status post-régularisation de la corne

postérieur du ménisque interne, sans re-déchirure; pas de lésion méniscale externe; un amincissement du cartilage condylien avec irrégularité corticale antérieure traduisant une chondropathie; une lame de liquide intra-articulaire et bordant le ligament croisé antérieur; pas d'image de nécrose aseptique ni algoneurodystrophie. Le 8 juin 2009, le Service Régional Médical (SMR) a rendu un avis médical en relevant que l'activité de vidangeur n'était plus exigible, qu'en revanche dans une profession adaptée la capacité de travail était entière un mois après la méniscectomie, soit depuis le 22 mai 2008 et que la profession de chauffeur de limousine déjà exercée était adaptée aux limitations fonctionnelles, soit pas de déplacement à pied en terrain irrégulier et sur de longues distances, pas de montées et descentes d'escaliers de manière répétée, pas d'utilisation d'échelles, pas de port de charges moyennes à lourdes (pas plus de 10 kg), pas de travaux en position accroupie prolongée et pas de position debout prolongée. Le 15 juin 2009, la réadaptation professionnelle a calculé le degré d'invalidité de l'assuré en le fixant à 8,7 %. Le revenu sans invalidité était de 67'327 fr. et le revenu d'invalidité de 61'490 fr., soit le revenu basé sur l'ESS 2006 (TA1, pour un homme dans une activité de niveau 4) adapté à 2008, pour 41,7 heures de travail hebdomadaire, sans déduction supplémentaire. Le 17 juin 2009, le questionnaire du dossier a relevé une perte économique de 9 %, des mesures d'ordre professionnelle qui n'étaient pas envisageable. Dans les remarques, il est mentionné que l'état de santé est jugé stabilisé au plus tard à l'issue du séjour à la CRR en février 2009. Par projet de décision du 22 juin 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations en considérant que, dès mai 2008, l'assuré était à même de reprendre une activité adaptée à 100 %, que l'activité de chauffeur anciennement exercée était exigible, que des mesures d'ordre professionnel étaient par conséquent sans objet et que le taux d'invalidité de 9 % était insuffisant pour ouvrir un droit à une rente. Le 7 septembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision. Le 6 octobre 2009, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 40 % avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2009 et, subsidiairement, à l'ordonnance de mesures de réadaptation. Il fait valoir que son salaire avant invalidité était de 72'254 fr. 67, soit 61'724 fr. 67 comme vidangeur et 10'530 fr. comme concierge, qu'il devait pouvoir bénéficier d'une réduction de 10 %, que les séquelles de son accident avaient été mal appréciées, que son rendement dans une activité adaptée était diminué de 20 % compte tenu des douleurs, que l'indexation du salaire d'invalidité était incompréhensible, que son invalidité était en conséquence d'au moins 40 %. Le 29 octobre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que le salaire sans invalidité devait se fonder sur le questionnaire employeur du 23 septembre 2008 lequel attestait d'un revenu de 4'369 fr. x 13, que le salaire d'invalidité avait été indexé selon le tableau sur l'évolution des salaires nominaux de l'Office fédéral des statistiques et qu'il ne se justifiait pas d'appliquer une déduction de 10 %. Par décision du 21 décembre 2009, la SUVA a alloué à l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2009 une rente d'invalidité mensuelle de 822 fr. 75 basée sur une incapacité de gain de 19 %. Elle a considéré qu'il était à même d'exercer une activité légère, plutôt sédentaire, dans différents secteurs de l'industrie, sans port de lourdes charges de plus de 10 kilos, la marche en terrain accidenté et la montée et descente d'escaliers ou d'échelles. Le revenu d'invalidité était de 4'600 fr. par mois (55'200 fr. par an). Ce dernier était fondé sur le salaire moyen selon cinq descriptions de poste de travail, soit collaborateur de production (montage-conditionnement pour un salaire moyen de 52'738 fr., sur machines automatiques pour un salaire moyen de 54'250 fr., et ébavurage-calibrage pour un salaire moyen de 58'825 fr.) ainsi que visiteur dans l'horlogerie pour un salaire moyen de 57'710 fr et

praticien en logistique pour un salaire moyen de 55'250 fr. La moyenne de ces salaires était de 55'754 fr. 60. Quant au revenu sans accident, il était de 4'462 fr. + 8,33 % + 830 fr. + 8,33 % soit 5'700 fr. par mois (68'400 fr. par an), de sorte que la perte économique de 19,29 % correspondait à un taux d'invalidité de 19 %. A la demande du Tribunal de céans, X\_\_\_\_\_ SA a précisé le 22 février 2010 que le salaire mensuel du recourant était de 4'269 fr. d'octobre à décembre 2007, de 4'325 fr. en janvier et février 2008 puis de 4'369 fr. de mars à décembre 2008 et que le salaire mensuel brut que le recourant aurait perçu en 2008 était de 56'700 fr. environ. Le 2 mars 2010, la SUVA a transmis une copie de son dossier. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur le refus de prestations de l'intimé du 7 septembre 2009 suite à une demande du 15 septembre 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), ainsi que des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 22 juin 2009, qui a été confirmé par la décision du 7 septembre 2009, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). 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 lui 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 qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007 (aLAI) est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.» b) Selon l'art. 29 LAI, le droit à la rente

prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29 bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). 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; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004: 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 (ESS) 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 était 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, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment

du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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 LPG), 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000,

I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). e) 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. 3b/bb et cc). f) 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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi 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 estime que les séquelles de son accident n'ont pas été correctement appréciées, notamment celles relevées par l'IRM du 9 janvier 2009. A cet égard, il convient de constater que le rapport de la CRR effectué après un séjour de l'assuré du 20 janvier au 17 février 2009 remplit toutes les exigences précitées pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Le recourant n'indique d'ailleurs pas en quoi les conclusions des médecins l'ayant suivi pendant ce séjour seraient erronées ni ne fourni d'élément médical propre à remettre en cause l'appréciation des médecins de la CRR. En particulier, l'IRM effectuée postérieurement au rapport de la CRR, soit le 2 juin 2009 n'amène pas d'élément nouveau à même de remettre en cause les conclusions des médecins de la CRR. Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas. Quant à l'IRM du 9 janvier 2009, à laquelle il se réfère, elle a été dûment prise en compte dans l'appréciation médicale (rapport de la CRR p. 3). Le fait qu'il considère avoir un rendement diminué de 20 % ne saurait ainsi contredire valablement l'appréciation de sa capacité de travail, reconnue pleine et entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, soit une tâche légère en position assise ou ne nécessitant que peu de déplacements sans port de charges au-delà de quelques kilos. En particulier, il n'y a pas lieu de suivre l'exigibilité fixée par le Dr P \_\_\_\_\_ (et reprise par le Dr O \_\_\_\_\_) dans la mesure où elle s'écarte de l'appréciation des médecins de la CRR, ceux-ci ayant observé et traité le recourant durant son séjour à la clinique durant presque un mois, alors que le Dr P \_\_\_\_\_ n'a pas examiné le recourant mais établi uniquement sur dossier une évaluation médicale. Ainsi, l'activité exigible doit-elle être une activité légère, en position assise, ne nécessitant que peu de déplacements

et sans port de charges au-delà de quelques kilos. De cette manière, l'interdiction de porter des charges de plus de 10 kilos mentionnée dans les limitations fonctionnelles par le SMR le 8 juin 2009 doit en réalité être étendue à des charges légères et il doit être ajouté que l'activité doit être effectuée en position assise. En conséquence, on ne saurait, au vu des limitations fonctionnelles retenues, admettre comme l'a fait le SMR, que l'activité antérieure de chauffeur de limousine est totalement adaptée aux limitations fonctionnelles, dès lors qu'il est vraisemblable qu'elle implique le port de lourdes charges, ce d'autant qu'il s'agissait d'une activité de chauffeur-voiturier pour un hôtel. Sous cette réserve, il sera reconnu au recourant une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telles qu'indiquées dans le rapport de la CRR. Il convient encore de relever que l'exigibilité d'une telle activité adaptée doit être fixée au 16 mars 2009 soit à la fin de l'incapacité de travail totale mentionnée par les médecins de la CRR, le Dr Q \_\_\_\_\_ ayant par ailleurs admis le 30 avril 2009 que la situation médicale pouvait être considérée comme stabilisée à la fin du séjour à la CRR. Cette remarque a d'ailleurs été reprise par l'intimé (cf. mandat de réadaptation du 15 juin 2009). En conséquence, on ne saurait suivre l'appréciation du SMR sur cette question, lequel a fixé le début de l'aptitude à la réadaptation au 22 mai 2008, soit un mois après la méniscectomie du 22 avril 2008 et cela sans motivation convaincante et en particulier sans se référer à un état de santé stabilisé, le recourant ayant d'ailleurs été opéré à nouveau le 17 septembre 2008, soit quelques mois après la première intervention. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que le recourant a été en incapacité totale de travail du 28 janvier 2008 au 15 mars 2009 et que, depuis le 16 mars 2009, il présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telles que reconnues par les médecins de la CRR. En application de l'art. 28 LAI, le recourant a droit dès le 29 janvier 2009 à une rente entière d'invalidité. Cependant, ce droit prend naissance en l'espèce au plus tôt six mois après le dépôt le 15 septembre 2008 de la demande de prestations, soit le 15 mars 2009, le recourant n'ayant, dans un premier temps, pas donné suite aux courriers des 18 juin et 24 juillet 2008 de l'intimé le priant de déposer une demande de prestations. En conséquence, en application des art. 29 LAI et 88a RAI, le droit à une rente entière d'invalidité du recourant naît le 1<sup>er</sup> mars 2009 et prend fin le 30 juin 2009, le recourant étant, dès le 16 mars 2009, reconnu capable d'exercer une activité adaptée à plein temps. Pour la période subséquente, le degré d'invalidité doit être calculé en tenant compte de cette exigibilité. a) Le recourant conteste le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé, en particulier le montant du revenu sans invalidité et le refus de toute déduction sur le revenu d'invalidité. b) S'agissant du revenu sans invalidité, l'employeur X \_\_\_\_\_ SA a déclaré le 19 septembre 2008 un salaire mensuel brut de 4'369 fr. en 2008, soit annuel de 56'797 fr. et un engagement le 1<sup>er</sup> octobre 2007. Il a précisé le 22 février 2010 que le revenu 2008 aurait été de 56'700 fr. environ. Ce salaire correspondait à 2 x 4'325 fr. (janvier et février) et 10 x 4'369 fr. (mars à décembre) ainsi qu'une indemnité de 8,33 %. S'agissant du salaire 2009 pertinent en l'espèce pour le calcul du degré d'invalidité dès le 16 juin 2009, il a précisé à la SUVA le 14 mai 2009 que le salaire mensuel de l'assuré aurait été de 4'462 fr. Compte tenu d'une gratification de 8,33 %, le recourant aurait obtenu en 2009 un salaire annuel de 58'004 fr. 20. En outre, il convient d'ajouter le revenu obtenu auprès de Y \_\_\_\_\_ soit 10'790 fr. (830 fr. x 13) de sorte que le revenu sans invalidité 2009 aurait été de 68'794 fr. 20. c) S'agissant du revenu avec invalidité, il convient de se fonder sur le salaire statistique issu de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2008, tableau TA1 niveau 4 pour les hommes, soit un salaire mensuel de 4'806 fr. et annuel de 57'672 fr. Comme ce salaire se base sur une durée hebdomadaire de

travail de 40 heures, inférieur à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008, il y a lieu de l'ajuster à 41,6 heures (La vie économique 11-2009 p. 94), de sorte qu'il est de 59'979 fr. Vu le renchérissement négatif de 2009 (- 0,5 %, <http://www.bfs.admin-ch/bfs/portal/fr/index/themen/05/02.html>) il n'y a pas lieu d'adapter à la hausse le revenu ainsi établi pour l'année 2009. Compte tenu d'une déduction globale justifiée en l'espèce de 10 %, le recourant étant titulaire d'une autorisation de séjour B et présentant des limitations fonctionnelles lui imposant une activité adaptée, le revenu avec invalidité se monte finalement à 53'981 fr. Comparé au revenu sans invalidité de 68'794 fr. 20, il en découle un taux d'invalidité de 21,5 %, arrondi à 22 %, lequel est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. A cet égard, il est à constater que même si la déduction maximale de 25 % était appliquée au revenu avec invalidité, il en résulterait un taux d'invalidité de 34,6 %, lequel serait toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. La jurisprudence a précisé qu'il est nécessaire de présenter une perte de gain de 20 % environ pour pouvoir bénéficier d'une mesure de reclassement (ATF 124 V 108 ). Au vu, en l'espèce, du taux d'invalidité de 22 %, le recourant pourrait avoir droit à une telle mesure, ce d'autant que le motif invoqué par l'intimé pour nier un tel droit, soit l'exigibilité de l'activité antérieure de chauffeur, a été écarté par le Tribunal de céans. En conséquence, il incombera à l'intimé d'examiner le droit du recourant à une mesure de reclassement, notamment au regard de la motivation de celui-ci (art. 21 al. 4 LPGa) à se réorienter professionnellement. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse annulée. Il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2009 et la cause sera renvoyée à l'intimé afin qu'il examine le droit du recourant à une mesure de reclassement. Un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'OAI et une indemnité de 1'500 fr. sera allouée au recourant à charge de l'OAI. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision de l'OAI du 7 septembre 2009. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2009. Renvoie la cause à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants; Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OAI. Condamne l'OAI à verser une indemnité de 1'500 fr. au 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 Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI 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.