

## **GE\_GERICHTE A/3651/2010 vom 5. Juli 2011**

GE Cour de justice, 2011-07-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3651\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3651_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/3651/2010 du 5 juillet 2011

IT: GE\_GERICHTE A/3651/2010 del 5 luglio 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

ère Chambre En la cause Monsieur T \_\_\_\_\_, domicilié c/o M. U \_\_\_\_\_, à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur T \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), ressortissant italien né en 1966, sans formation professionnelle, a travaillé chez X \_\_\_\_\_ SA en qualité de peintre en bâtiment dès le mois de juin 2008. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (SUVA). Le 14 octobre 2008, l'assuré a subi un accident en tombant d'une échelle d'une hauteur d'1m50 et a été en incapacité de travail dès cette date. La Dresse A \_\_\_\_\_, du Service de chirurgie des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), a diagnostiqué une fracture-tassement des vertèbres lombaires L1 et L2. Le Dr B \_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HUG, a posé le diagnostic de fracture-tassement de L1 et L2 et noté une bonne évolution subjective et radiologique dans son rapport du 4 décembre 2008. Le traitement consistait en un reconditionnement musculaire et le port d'un corset, et durerait vraisemblablement six mois. Le 9 février 2009, le Dr B \_\_\_\_\_ a confirmé que l'évolution était bonne et peu algique. L'assuré devait suivre un reconditionnement musculaire. A la suite de la procédure de communication initiée par la SUVA, l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) a requis de l'assuré qu'il remplisse une demande de prestations. Ce dernier s'est exécuté le 26 mars 2009. L'employeur de l'assuré a indiqué dans un formulaire du 21 avril 2009 que l'horaire de travail de l'assuré était d'environ 40 heures par semaine. Il était payé à l'heure, soit 33 fr. indemnités pour vacances, jours fériés et part du 13<sup>ème</sup> salaire incluses. Ses revenus s'étaient élevés à 6'100 fr. 70 en juin, 4'900 fr. 45 en juillet, 4'136 fr. 45 en septembre et 3'192 fr. 85 en octobre 2008. La Dresse C \_\_\_\_\_, médecin au Service de radiologie des HUG, a réalisé une IRM lombaire le 23 avril 2009. Elle a conclu à une fracture-tassement des plateaux supérieurs L1 et L2 sans signe de rupture du mur postérieur, à des troubles dégénératifs de type MODIC II en regard du plateau supérieur de L3, et à un bombement discal D12-L1 et L1-L2 sans conflit associé. Dans son rapport du 15 mai 2009, le Dr B \_\_\_\_\_ a décrit une évolution lente cliniquement, avec un dérouillage matinal important. L'assuré poursuivait la rééducation. Le 7 juillet 2009, l'assuré a été examiné par le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA. L'assuré a déclaré qu'il ne prenait plus de médicaments, et qu'il constatait une lente amélioration. Il ne supportait pas la position assise longtemps et devait bouger sans arrêt. Le Dr D \_\_\_\_\_ a noté la persistance de lombalgies sans irradiation, exacerbées par la flexion antérieure du tronc. La situation n'était pas stabilisée, et l'incapacité de travail totale comme peintre en bâtiment. L'OAI a communiqué à l'assuré par courrier du 23 juillet 2009 qu'aucune mesure de

réadaptation n'était pour l'instant indiquée, et qu'il examinait son droit à une rente. Le Dr E\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de radiologie des HUG, a pratiqué une IRM lombaire le 5 novembre 2009. Il a retrouvé la déformation cunéiforme de L2 sans changement et celle de L1 dans une moindre mesure, associées à des hernies intra-spongieuses, et a constaté une diminution de l'œdème osseux. Le reste de l'examen était superposable à l'IRM précédente. L'assuré a séjourné à la CLINIQUE ROMANDE DE READAPTATION (CRR) du 1<sup>er</sup> au 29 septembre 2009. Les Drs F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie et G\_\_\_\_\_ ont relevé que l'assuré, s'il décrivait une très lente amélioration de son état, se plaignait de douleurs lombaires hautes présentes au réveil et nécessitant un long dérouillage, disparaissant presque totalement la journée et ne réapparaissant pas en soirée en l'absence d'efforts importants. Ces douleurs l'obligeaient à alterner les positions. L'assuré a également signalé un trouble sensitif de la cuisse droite, mais a déclaré avoir un bon moral. A l'examen, la lordose lombaire était un peu effacée avec accentuation de la cyphose dorsale basse, la musculature paravertébrale gauche était plus tonique et douloureuse que la droite, avec une petite tuméfaction probablement d'origine graisseuse à gauche. Les vertèbres L1, L2 et L3 étaient sensibles à la pression et à la mobilisation mais leur percussion n'était pas douloureuse. L'assuré éprouvait des difficultés à se tenir sur le ventre et les mouvements lombaires étaient effectués prudemment. Le trouble de la sensibilité de la cuisse droite était dû à une meralgie paresthésique causée par la compression du nerf fémoro-cutané droit en raison du port du corset, si bien qu'une consultation neurologique n'était pas nécessaire pour ce trouble. La physiothérapie n'avait pas amélioré les douleurs, qui à l'exception de la meralgie subsistaient à la fin du séjour. L'évaluation des capacités fonctionnelles montrait des auto-limitations et un niveau de performance très bas, l'assuré sous-estimant ses aptitudes fonctionnelles. Les médecins ont noté que les fractures étaient stabilisées et consolidées et que la douleur pourrait régresser avec le temps. L'assuré avait refusé un traitement antalgique malgré plusieurs propositions. Il souhaitait continuer des séances de physiothérapie, ce que les médecins de la CRR ont admis pour six semaines au plus à charge de l'assurance-accidents. Ils ont considéré le cas stabilisé du point de vue médical et souligné que les douleurs n'expliquaient pas toutes les auto-limitations constatées. Les diagnostics posés étaient ceux de fractures-tassements de L1, L2 et L3, au niveau de leurs plateaux supérieurs, sans déficit neurologique, et de douleurs lombaires persistantes. Ils ont conclu à une incapacité de travail définitive dans la profession de peintre, les aptitudes fonctionnelles permettant cependant la reprise d'une activité légère à plein temps sans baisse de rendement. Le 13 janvier 2010, le Dr B\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assuré souffrait désormais de lombalgies post-traumatiques persistantes avec un très important dérouillage matinal. Du point de vue radiologique, il présentait une très discrète cyphose locale, le signal hyperintense dans le corps des vertèbres concernées apparu lors de l'IRM du 23 avril 2009 avait quasiment disparu, ce qui démontrait la consolidation des vertèbres. Le recourant restait cependant fonctionnellement très limité. Aucun autre traitement, chirurgical ou autre, n'était envisageable. Le 19 janvier 2010, le Dr D\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois examiné l'assuré. Après avoir résumé son dossier médical et recensé ses plaintes, il a procédé à son examen. La marche était sans boiterie ni douleur, l'accroupissement complet, avec des lombalgies lors du redressement à la verticale. La sensibilité était accrue au niveau lombaire lors des sautilllements. La mobilité rachidienne était sans limitation au niveau cervical. Au niveau dorso-lombaire, la flexion antérieure était ébauchée avec une raideur et la distance doigts-sol de 40 cm. Il n'y avait aucun déficit

neurologique grossier, ni trouble dystrophique des membres inférieurs. Le Dr D \_\_\_\_\_ a relevé que les IRM confirmaient que l'état médical était stabilisé. Il existait cependant un dommage permanent. S'agissant des activités exigibles, l'assuré ne pouvait plus surcharger son dos. Le port de charges légères à moyennes, les travaux bras tendus et nécessitant une flexion antérieure du tronc étaient impossibles, de même que les positions statiques prolongées. La capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était totale. Par courrier du 2 février 2010, la SUVA a informé l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre une amélioration notable de son état et qu'elle mettait un terme au paiement des frais médicaux, à l'exception de deux contrôles annuels et des médicaments antalgiques. Les indemnités journalières seraient versées jusqu'au 30 juin 2010, date à laquelle le droit à une rente d'invalidité serait examiné. Dans un avis du 30 juin 2010, le Dr H \_\_\_\_\_, médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'AI (SMR), a indiqué que l'activité exigible devait être légère, permettre l'alternance des positions debout-assis et éviter le porte-à-faux maintenu du buste et les flexions, extensions et rotations répétées du rachis. Il adhérait aux conclusions du Dr D \_\_\_\_\_ et considérait que l'assuré disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée dès sa sortie de la CRR, compte tenu de la stabilisation de son état à cette date. Le 1<sup>er</sup> juillet 2010, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré. Le revenu avec invalidité se fondait sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2008, pour une activité simple et répétitive (TA 1, ligne Total), soit 4'806 fr. pour 40 heures par semaine. Calculé sur une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.7 heures et indexé à 2009, le revenu avec invalidité était de 61'338 fr. et de 52'179 fr. après abattement de 15 %. A titre de revenu sans invalidité, l'OAI a tenu compte d'un montant de 59'984 fr., indiquant s'être référé au questionnaire rempli par l'employeur de l'assuré. Il en résultait un degré d'invalidité de 13 %. Par décision du 16 juillet 2010, la SUVA a tenu compte d'une invalidité de 13 % et d'un gain assuré de 56'849 fr., et octroyé à l'assuré une rente mensuelle d'invalidité de 492 fr. 70, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %, soit 12'600 fr. L'assuré s'est opposé à cette décision par courrier du 13 octobre 2010. Par projet de décision du 9 août 2010, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente et à un reclassement, le degré d'invalidité de 13 % étant insuffisant pour ouvrir le droit à ces prestations. Il a précisé que selon le SMR, si sa capacité de travail était nulle en tant que peintre en bâtiment, elle était en revanche complète dans une activité plus légère physiquement, exigible sans formation complémentaire dès le 29 septembre 2009. Par décision du 27 septembre 2010, l'OAI a confirmé la teneur de son projet. Le 25 octobre 2010, l'assuré (ci-après le recourant) a interjeté recours contre la décision de l'OAI (ci-après l'intimé). Il conclut, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il fait valoir que l'intimé n'a pris aucune mesure pour favoriser sa réinsertion professionnelle, à supposer qu'elle soit possible. Rappelant qu'il n'a pas de formation autre que celle de peintre en bâtiment, il allègue qu'il n'est pas démontré qu'une autre activité est exigible. Dans sa réponse du 24 novembre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il rappelle que la notion d'invalidité est en principe la même en assurance-accidents, assurance-militaire et assurance-invalidité. En l'espèce, le rapport des médecins de la CRR correspond aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder une pleine valeur probante, et retient une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Ce rapport concorde d'ailleurs avec les autres renseignements des médecins, notamment ceux fournis par le Dr B \_\_\_\_\_ le 13 janvier 2010. Le recourant a consulté le Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, en mars 2011. Celui-ci a noté que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques et d'une kinésiophobie particulièrement

caricaturale depuis son accident, malgré la consolidation des fractures. Le pronostic n'était pas très favorable compte tenu de l'échec des multiples traitements algiques, anti-inflammatoires et relaxants et de la physiothérapie. Le rhumatologue préconisait la reprise de la physiothérapie, mais le recourant craignait une exacerbation des douleurs. Il a également suggéré un traitement antidépresseur à but antalgique ainsi qu'un avis à la consultation de la douleur. Il a ajouté qu'il avait expliqué au recourant que les impressionnantes contractures musculaires généraient également des douleurs et que son confort pourrait être amélioré en les dépassant. Une audience s'est tenue devant la Cour de céans en date du 5 avril 2011. A cette occasion, le recourant a contesté le calcul du degré d'invalidité de l'OAI et demandé à être soumis à une expertise rhumatologique ou orthopédique. Il a déclaré qu'il n'arrivait plus à dormir en raison des douleurs, et qu'il produirait un certificat de son médecin traitant. Il a en outre informé la Cour que la SUVA avait suspendu la procédure d'opposition dirigée contre sa décision. Par pli du 10 mai 2011, le recourant a produit un certificat établi le 3 mai 2011 par le Dr J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne. Ce dernier notait que les plaintes du recourant étaient inchangées. Le diagnostic était celui de lombalgies chroniques. Il avait introduit un traitement antidépresseur dont il ne pouvait encore mesurer l'effet. Par courrier du 6 juin 2011, l'intimé s'est déterminé sur le certificat du Dr J \_\_\_\_\_ en relevant que celui-ci n'amenait aucun élément susceptible de modifier son appréciation du dossier et a persisté dans ses conclusions. Copie de cette écriture a été adressée au recourant par la Cour de céans le 9 juin 2011. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Le recours ayant été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, il est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 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. En vertu de l'art. 7 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a

lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 , consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). On notera encore que si l'assurance-invalidité n'est pas liée de manière absolue par l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents (ATF 133 V 549, consid. 6), la notion d'invalidité n'en est pas moins identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF I 29/05 du 23 janvier 2006, consid. 4.1.1). En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1 LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. La jurisprudence a cependant fixé un taux de l'ordre de 20 % pour ouvrir le droit à un reclassement (ATF 130 V 488 , consid. 4.2 ; ATF I 665/99 du 18 octobre 2000, consid. 4b). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 , consid. 4; ATF 115 V 133 , consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). b) 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 , consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre

appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'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 351 , consid. 3b/bb). d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 , consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). e) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 , consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 , consid. 2.1; ATF 124 V 90 , consid. 4b; ATF 122 V 157 , consid. 1d). a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 , consid. 4.1, ATF 128 V 174 ). b) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond

au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalidé (ATF I 881/06 du 9 octobre 2007, consid. 5.4; ATF 126 V 75 , consid. 3b/aa). S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidé, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321 , consid. 3b/aa). Quant au revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). c) 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). Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 , consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité (ATF 132 V 393 , consid. 3.3). En l'espèce, les médecins de la CRR ont conclu à une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Leur rapport doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, dans la mesure où il satisfait aux requisits jurisprudentiels développés ci-dessus. Les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ ont en effet établi l'anamnèse du recourant, relaté ses plaintes et procédé à un examen clinique minutieux, complété par une évaluation physiothérapeutique. Leurs conclusions sont claires et motivées, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Elles sont d'ailleurs identiques à celles du Dr D\_\_\_\_\_, qui a également examiné le recourant. En ce qui concerne les limitations dont fait état le Dr B\_\_\_\_\_, elles sont connues des experts, et ont été prises en compte pour déterminer l'activité exigible. Quant au diagnostic du Dr I\_\_\_\_\_, il ne constitue pas non plus un élément dont les experts auraient omis de tenir compte, les lombalgies ayant déjà été constatées par les médecins de la CRR et le Dr D\_\_\_\_\_. La même remarque vaut pour le rapport du Dr J\_\_\_\_\_, qui ne contient aucun élément nouveau. De plus, l'évaluation de l'invalidité du recourant dépend non pas de la question de savoir s'il présente encore des douleurs lombaires – point qui n'est pas contesté par les médecins qui l'ont ausculté – mais de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations. Or, ni le Dr B\_\_\_\_\_ dans son courrier du 13 janvier 2010, ni les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ ne se sont exprimés sur ce point. Partant, leurs rapports ne permettent pas de remettre en question les conclusions des experts. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que le recourant dispose d'une pleine capacité de gain dans une activité adaptée. Par appréciation anticipée des preuves, une nouvelle expertise afin de la déterminer se révèle dès lors superflue. Il convient encore de vérifier le calcul de l'invalidité auquel l'intimé a procédé. Si la référence au salaire correspondant à la ligne Total du tableau 1 de l'ESS 2008 se révèle conforme à la jurisprudence, la durée moyenne hebdomadaire de travail servant de base de calcul est en revanche erronée. En effet, selon la statistique sur la Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique (DNT) établie par l'OFFICE FEDERAL DE LA STATISTIQUE (OFS), la durée moyenne de travail en 2008 et 2009 dans les entreprises était non pas de 41.7 mais de 41.6 heures. L'évolution des salaires

nominaux pour les hommes en 2009 était quant à elle de 2.2 % par rapport à l'année précédente (Statistique de l'indice suisse des prix à la consommation de l'OFS). Le revenu avec invalidité est ainsi de 4'806 fr. ou 57'672 fr. en 2008 pour 40 heures de travail hebdomadaires selon l'ESS 2008. Après indexation, on obtient pour 2009 un revenu de 58'883 fr. pour 40 heures et 61'238 fr. pour 41.6 heures. En procédant à un abattement de 15 % sur le revenu statistique, l'intimé est resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation, si bien qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Compte tenu de cette réduction, le revenu avec invalidité est de 52'052 fr. On ignore comment l'intimé est parvenu à un revenu sans invalidité de 59'984 fr., dès lors que ce chiffre ne ressort pas du questionnaire rempli par l'employeur, pour lequel le recourant, dont la rémunération était variable, ne travaillait que depuis quelques mois lors de la survenance de l'accident. Si l'on se réfère au salaire horaire indiqué de 33 fr., vacances incluses, et à la durée de travail de l'entreprise de 40 heures, le revenu annuel sans invalidité peut être estimé comme suit : 40 heures à 33 fr., soit 1'320 fr. hebdomadaires, multipliés par 48 semaines par an (les vacances n'étant pas payées en sus), soit 63'360 fr. Compte tenu de l'indexation, le revenu sans invalidité pour 2009 peut être estimé à 64'691 fr. La différence entre ces deux revenus donne un degré d'invalidité de 17.8 %, qu'il convient d'arrondir à 18 % (ATF 130 V 121 ). Ce taux reste toutefois insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il est également en-dessous du seuil défini par la jurisprudence pour l'octroi de mesures de reclassement. On soulignera d'ailleurs à cet égard que les limitations fonctionnelles du recourant ne sont d'ailleurs pas d'une ampleur telle qu'il n'existe pas sur le marché du travail de postes adaptés et accessibles sans formation particulière. Dans ces conditions, l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité apparaîtrait quoi qu'il en soit superflue. En revanche, le recourant pourrait bénéficier d'un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié et, partant, d'une mesure de placement au sens de l'art. 18 LAI. L'intimé ne s'étant pas prononcé sur le droit du recourant à une telle mesure et ne s'étant pas exprimé à ce sujet lors de l'échange d'écritures, l'octroi d'une aide au placement ne peut être examiné dans le cadre du présent recours (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 130 V 501 , consid. 1.2). Il convient cependant de rendre le recourant attentif à la possibilité de requérir une telle mesure auprès de l'intimé. Eu égard à ce qui précède, le recours doit être rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu en l'espèce de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986, RSG E 510.03). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renonce à la perception d'un émolument. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI-WANGELER 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.