

GE_GERICHTE A/3785/2013 vom 10. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3785_2013

FR: GE_GERICHTE A/3785/2013 du 10 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/3785/2013 del 10 dicembre 2015

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié GENÈVE, représenté par l'ASSOCIATION REBONDIR recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1983, originaire du Kosovo, arrivé en Suisse en 2006, a travaillé comme manœuvre carreleur à plein temps. [endif]>[if> 2. Le 5 février 2010, l'assuré a chuté dans des escaliers et a été victime d'une entorse du genou gauche, à la suite de laquelle il a ressenti des douleurs à la face interne du genou gauche, exacerbée à l'effort et associées à des lâchages. [endif]>[if> 3. Par ailleurs, le 12 avril 2010, l'assuré s'est déboîté le genou gauche en se relevant alors qu'il était agenouillé.[endif]>[if> 4. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA), assureur-accidents auquel était affilié l'assuré par le biais de son employeur. [endif]>[if> 5. Le 9 octobre 2010, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI). [endif]>[if> 6. Dans un rapport du 28 janvier 2011, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a fait état d'une déchirure du ligament croisé antérieur (LCA) du genou gauche et d'une déchirure du ménisque inférieur gauche interdisant à l'assuré d'exercer une activité lourde, à genoux, ou accroupie.[endif]>[if> 7. L'assuré a par la suite subi deux interventions, en dates des 23 février et 19 décembre 2011 (plastie du LCA puis méniscectomie partielle interne arthroscopique) et bénéficié d'un traitement de rééducation malgré lequel son genou est resté instable et douloureux. [endif]>[if> 8. L'OAI a demandé à la SUVA l'apport de son dossier, contenant notamment les éléments suivants : [endif]>[if> - un rapport d'IRM confirmant une rupture des ligaments croisés antérieurs (LCA) associée à une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne, préconisant une intervention pour reconstruire le LCA et soigner la lésion méniscale ; [endif]>[if> - un rapport rédigé le 20 avril 2010 par le docteur C_____, radiologue, suite à une imagerie par résonance magnétique (IRM) ayant permis de mettre en évidence les signes d'une ancienne rupture subtotale du LCA, une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne et un épanchement intra-articulaire assez abondant ; [endif]>[if> - un rapport rédigé le 2 juin 2010 par le Dr B_____, décrivant un patient en bon état général, marchant sans boiterie, présentant un discret épanchement intra-articulaire au niveau du genou gauche, une rotule mobile et indolore, des douleurs au niveau de l'interligne articulaire interne avec des signes méniscaux positifs à l'examen et un bilan radiologique standard sans lésion ostéo-articulaire ; [endif]>[if> - un procès-verbal d'entretien avec l'assuré qui avait décrit son travail comme suit : déblayage de terrains, démolition, terrassement, creusement et remblayage de trous et tranchées, préparation et transport de mortier et de béton,

chargement et déchargement de camions transportant du carrelage, des sacs de colle et de ciment et joints de carrelage ; son activité impliquait ainsi de manipuler des charges pouvant aller jusqu'à 30 kg ; elle s'exerçait principalement en position debout ou en position inconfortable (bras en l'air, à genoux, accroupi, sur terrain accidenté, etc.) ;

9. un questionnaire rempli par l'employeur de l'assuré en novembre 2010, faisant état d'un revenu de 25,50 CHF/h. pour un horaire de 42,5 h./sem., avec une indemnité vacances de 10,64% et une indemnité pour 13ème salaire de 8,33% ;

10. un extrait du rassemblement des comptes individuels AVS de l'assuré faisant état d'un revenu de CHF 57'513.- en 2008 et de CHF 58'075.- en 2009.

11. Dans un rapport du 9 août 2012, les docteurs D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et médecine du sport et E_____, médecin-assistant de la Clinique romande de réadaptation (CRR), ont indiqué que l'assuré avait séjourné dans leur service de réadaptation du 22 mai au 19 juin 2012 pour des gonalgies gauches. Les médecins ont attesté d'une totale incapacité de travail, en précisant que la situation n'était pas stabilisée et qu'une reprise de l'activité de carreleur semblait compromise. Il a été relevé que l'assuré était resté centré sur sa douleur, de sorte qu'il n'avait pas été possible de mettre sur pied un programme de rééducation fonctionnelle.

12. Le dossier a été soumis par la SUVA à la doctoresse G_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement, qui a émis un avis en date du 9 octobre 2012. Ce médecin a constaté que l'évolution, suite aux deux interventions pratiquées en 2011, n'avait pas été réellement satisfaisante (des douleurs chroniques avaient persisté). A la CRR, on avait relevé des éléments objectifs pour une instabilité de la plastie du LCA, sans rupture. L'orthopédiste consulté n'avait pas émis de proposition thérapeutique, pas plus que la CRR, raison pour laquelle le médecin d'arrondissement a préconisé un deuxième avis orthopédique pour définir l'attitude thérapeutique et notamment, le point de savoir si une nouvelle intervention pourrait amener une amélioration de l'instabilité du genou.

13. Le 4 février 2013, le docteur H_____, médecin-adjoint auprès du Département de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil moteur des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a indiqué ne voir aucune indication à une révision/reconstruction du LCA : à son avis, toute nouvelle chirurgie serait source d'une amplification du syndrome douloureux. En lieu et place, le médecin a préconisé une prise en charge par des médecins spécialisés dans l'antalgie, ainsi qu'une rééducation progressive du membre inférieur gauche. Il a précisé qu'aucune profession ne semblait éligible et que la reprise du travail de l'ancienne activité était inconcevable.

14. Par décision du 13 mars 2013, la SUVA, puisqu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable, a mis un terme à sa prise en charge.

15. L'OAI a alors soumis le dossier de l'assuré à son service médical régional (SMR).

16. Le 7 juin 2013, le docteur I_____ a émis l'avis que si l'incapacité de travail était définitivement nulle dans l'ancienne activité de carreleur, elle restait entière depuis le mois de mai 2011 - soit trois mois après la première intervention (l'arthroscopie pratiquée en décembre 2011 ne justifiant qu'une incapacité de travail totale très temporaire, de moins d'un mois) - dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

17. Par décision du 23 octobre 2013, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière limitée à la période du 1^{er} avril au 31 juillet 2011.

18. L'OAI a admis que, depuis le 12 avril 2010, début du délai de carence, la capacité de travail de l'assuré avait été considérablement restreinte. S'il a convenu que l'exercice de l'activité habituelle de carreleur n'était plus exigible de l'intéressé, l'OAI a considéré qu'en revanche, l'exercice d'une activité adaptée

l'était et ce, depuis le 1^{er} mai 2011, raison pour laquelle la rente a été supprimée trois mois plus tard. L'OAI a comparé le revenu qu'aurait réalisé l'assuré sans invalidité en 2010, à savoir CHF 61'617.- (salaire indiqué par le dernier employeur, après indexation), à celui qu'il aurait pu obtenir la même année malgré l'atteinte à sa santé, soit CHF 61'733.- (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2010, TA1, tous secteurs confondus, niveau 4) et en a conclu qu'à compter de mai 2011, la perte de gain était nulle. 15. Par écriture du 23 novembre 2013, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en alléguant toute amélioration de son état de santé. 16. Par écriture du 29 novembre 2013, le recourant a complété son recours. Il explique que, selon le Dr J_____, il souffre d'un syndrome du cyclope résultant de la cicatrisation fibreuse qui s'est développée en avant du nouveau ligament croisé antérieur ; lorsque le genou se tend, ce nodule est comprimé entre le fémur et le tibia, ce qui limite l'extension et crée de fortes douleurs. Le chirurgien préconise une arthroscopie ainsi qu'une plastie et tant que ce geste chirurgical ne sera pas effectué, aucune amélioration de la capacité de travail ou des douleurs n'est envisageable. A l'appui de ses dires, le recourant produit : - un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche du 18 septembre 2013 du Dr C_____ du 19 septembre 2013 montrant l'intégrité de la plastie ligamentaire, sans évidence de défaillance, un status après ménisectomie partielle interne postérieure sans évidence de redéchirure à ce niveau, l'absence de remaniement de type arthrose notable et un épanchement articulaire aspécifique ; - un bref bilan d'IRM du Dr J_____ du 29 novembre 2013 concluant à un petit cyclope antérieur du LCA, à une inflammation en miroir du LCA, à une tendinite rotulienne et mentionnant, à l'examen, une sensation d'instabilité, des douleurs à l'extension et une petite laxité. 17. Par écritures des 6 janvier et 6 février 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'intimé se réfère à l'avis émis le 17 janvier 2014 par le Dr I_____, lequel constate que le compte rendu de consultation du Dr J_____ ne décrit qu'une petite laxité et des douleurs en extension, qu'il fait par ailleurs une description rassurante de l'état du genou gauche de l'assuré, d'une part, que le compte rendu d'IRM du genou gauche du 29 septembre 2013 décrit un genou post-opératoire banal, sans aucun signe de complication particulière, d'autre part. Le médecin du SMR en tire la conclusion que les éléments nouvellement invoqués par l'assuré ne montrent qu'une complication minime (syndrome du cyclope) ne pouvant influencer sa capacité de travail dans une activité strictement adaptée (limitations fonctionnelles respectant le membre inférieur gauche) de façon durable. Tout au plus, le nodule cicatriciel du greffon peut nécessiter une exérèse arthroscopique justifiant une incapacité de travail très temporaire. 18. Par décision du 27 mars 2014, la SUVA a accepté la prise en charge de l'intervention proposée par le Dr J_____, en espérant que cette dernière puisse améliorer l'état de santé de l'assuré. 19. Par écriture du 31 mars 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions en produisant à l'appui de sa position une décision rendue par la SUVA et en s'étonnant que le SMR se prononce sans jamais l'avoir examiné. 20. Par écriture du 5 mai 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions. 21. Par décision du 23 janvier 2015, la SUVA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 11% issue de la comparaison du gain annuel assuré à celui que pourrait réaliser l'assuré dans une activité adaptée. En effet, la SUVA a considéré qu'en dépit des

séquelles de l'accident, l'assuré pourrait exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition d'éviter le port de charges de plus de 20 kg, les trajets à pieds sur terrain irrégulier, les échelles et escabeaux, les accroupissements et de privilégier l'alternance des positions. Une activité telle que celle d'ouvrier en usine, par exemple, serait exigible à plein temps et lui permettrait de réaliser un revenu de CHF 4'522.- par mois (au lieu de CHF 5'087.- avant l'accident). Cette décision est entrée en force. 22. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 5 mars 2015 à l'occasion de laquelle le recourant a déclaré n'avoir pas d'autres documents médicaux à produire. [endif]>[if> Le recourant a expliqué que les deux interventions qu'il a subies en Suisse n'ont pas résolu son problème. Il a indiqué que s'il n'a pas attaqué la décision de la SUVA, c'est parce qu'il ne réclame pas de rente : son désir est avant tout de travailler et il souhaiterait être aidé dans ses démarches. Par écriture du même jour, le recourant a en outre relaté que, selon le Dr J_____, une technique opératoire différente aurait dû être utilisée ; cela aurait permis d'éviter que son genou ne soit pas aussi instable et douloureux qu'il l'est désormais. 23. Par écriture du 26 mars 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions. [endif]>[if> Selon l'intimé, la situation médicale est parfaitement élucidée. Il rappelle que la SUVA a également considéré que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Quant à d'éventuelles mesures professionnelles, il fait remarquer que le degré d'invalidité du recourant est insuffisant pour lui ouvrir le droit à de telles mesures. Qui plus est, les limitations fonctionnelles qu'il rencontre ne sont pas de nature à l'entraver dans sa recherche d'emploi. 24. Par écriture du 10 avril 2015, le recourant, par le biais de sa représentante, a sollicité un délai pour produire de nouveaux éléments : suite à de fortes douleurs, il avait consulté le docteur K_____, à Genève, qui lui avait fait subir une nouvelle IRM en date du 8 avril 2015. [endif]>[if> 25. Par écriture du 26 avril 2015, le recourant a produit : [endif]>[if> - un certificat du Dr J_____, chirurgien orthopédiste, traumatologue, non daté, expliquant avoir été consulté en mars 2014, avoir opéré l'assuré d'une tendinopathie du tendon rotulien et avoir pratiqué l'ablation d'un petit cyclope le 20 mai 2014 ; le médecin constate que cet acte chirurgical n'a pas calmé les douleurs de son patient, ce qu'il impute à la technique opératoire utilisée lors de l'intervention du 23 février 2011 ; de fortes douleurs résiduelles persistent et, selon le médecin, aucun geste opératoire ne pourra améliorer l'état du genou de l'assuré, qui doit envisager une reconversion dans un domaine plus adapté à ses capacités résiduelles ; [endif]>[if> - un rapport d'IRM du genou gauche du 8 avril 2015 rédigé par le Dr L_____, spécialiste FMH en radiologie, concluant à un discret épanchement intra-articulaire, à une chondropathie rotulienne de grade III, à un status post méniscectomie interne à la jonction des cornes moyenne et postérieure, à une dégénérescence du ménisque externe, à un status post-plastie du ligament croisé antérieur avec dégénérescence avant son entrée dans le tunnel de forage, à une rotule en position basse avec remaniement du tendon rotulien secondaire à la prise de greffe, à un remaniement fibreux dans la graisse de Hoffa et à un discret œdème intra-spongieux de surcharge sous les plateaux tibiaux interne et externe. [endif]>[if> 26. Par écriture du 27 mai 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à un nouvel avis du Dr I_____. [endif]>[if> Celui-ci relève en substance que l'IRM du genou pratiquée en avril 2015 ne montre que des signes banaux en post-opératoire, ne permettant pas de conclure à une complication sévère et que le Dr J_____ insiste lui aussi sur la nécessité d'une reconversion. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des

assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés (ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003) a apporté des modifications, notamment en matière de procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). 3. Interjeté dans les formes et délais légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. 4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 6. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid.

2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 8. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation

peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 9. En l'espèce, la situation médicale apparaît suffisamment investiguée : l'atteinte à la santé et les diagnostics ne sont pas contestés, pas plus que les répercussions en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles. 10. Tous les médecins qui ont examiné le recourant sont unanimes quant à l'impossibilité de reprendre l'activité habituelle de carreur, ce que l'intimé ne conteste pas non plus. De la même manière, tous les médecins sont unanimes à préconiser une reconversion dans une activité adaptée. Celle-ci a été décrite tant par le Dr M_____ (pas de travaux lourds, ni de position accroupie) que par la SUVA (pas de travaux lourds, pas de trajet sur terrain irrégulier, pas d'accroupissements et alternance des positions). Il apparaît ainsi que c'est à juste titre que l'intimé a retenu comme exigible une activité simple et répétitive, ce que ne conteste d'ailleurs par réellement le recourant, lequel souhaite avant qu'on l'aide à se réinsérer. La Cour ne saurait en revanche adhérer à la date à compter de laquelle l'intimé considère que l'exercice à plein temps d'une activité adaptée est exigible. Le SMR la fixe au 1^{er} mai 2011, soit trois mois après la première intervention. Or celle-ci a eu lieu fin février 2011, de sorte que c'est au plus tôt fin mai 2011 - aux dires du médecin du SMR lui-même - que le recourant a pu recouvrer une capacité de travail dans une activité adaptée. Dès lors, le droit à une rente entière doit être prolongé au 31 août 2011. Sur ce point, le recours est partiellement admis. Pour le reste, il est rejeté puisqu'il apparaît justifié de considérer, au vu des pièces médicales, que l'assuré est apte à exercer à plein temps une activité adaptée telle que décrite. Le calcul du degré d'invalidité n'apparaît pas critiquable et n'est d'ailleurs pas contesté en tant que tel. 10. En ce qui concerne la conclusion tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, notamment d'un reclassement, il convient également de rejeter le recours pour les motifs exposés ci-après. a) Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1). L'étendue des mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid 1). Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). b) En l'espèce, force est de constater que le recourant n'atteint pas le seuil minimal d'invalidité requis pour pouvoir bénéficier d'un reclassement, que ce soit du point de vue de l'assurance-invalidité ou de celui - plus favorable - de l'assurance-accidents. c) Quant à l'aide au placement, ses conditions d'octroi ne sont pas non plus réunies. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la novelle du 6 octobre 2006 [5^e révision de l'AI], en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit: a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi. Du message du Conseil fédéral du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (5^e révision de l'AI), il ressort (FF 2005 4319) que l'art. 18 al. 1 LAI nouvelle teneur formule

les conditions d'octroi de manière plus large qu'auparavant, de façon que toute personne en incapacité de travail, mais apte à la réadaptation, puisse profiter du placement (ATF non publié 9C_859/2010 du 9 août 2011, consid. 2.1). Selon la jurisprudence, les raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 consid. 6a). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (ATF non publié 9C_859/2010 du 9 août 2011, consid. 2.2). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (ATFA non publié I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, in VSI 2003 p. 274), principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurerait valable également après l'entrée en vigueur de la 4^e et de la 5^e révision de l'AI (ATFA non publié I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162 ; ATF non publié 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 5.2). Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). SILVIA BUCHER (Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, 2011, n° 837 p. 421) est d'avis qu'il suffit que l'assuré présente une incapacité de travail dans sa profession ou son domaine d'activité (art. 6 première phrase LPGa) pour qu'il soit considéré comme présentant une incapacité de travail selon l'art. 18 al. 1 LAI. Toutefois, l'art. 18 al. 1 LAI parle de l'incapacité de travail de l'"art. 6 LPGa". Même si le Conseil fédéral, dans le message du 22 juin 2005 mentionné ci-dessus, a indiqué que tous les chômeurs ne pouvant plus exercer leur activité antérieure pour raisons de santé auraient ainsi droit à un placement par l'AI, cela ne signifie pas que seul l'art. 6 première phrase LPGa entre en considération dans le cadre de l'art. 18 al. 1 LAI. Au contraire, l'art. 6 seconde phrase LPGa entre également en considération en cas d'incapacité de travail de longue durée. En l'espèce, le recourant présente dans son activité antérieure de carreleur une incapacité de travail de longue durée en raison de son inaptitude à tous les travaux impliquant le port de charges et la position agenouillée. En revanche, il conserve une capacité de travail totale dans une activité adaptée, qui peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Au regard de l'art. 6 seconde phrase LPGa, le recourant ne présente donc pas d'incapacité de travail. Il s'ensuit que le droit à une aide au placement selon l'art. 18 al. 1 LAI n'entre pas en considération. Par conséquent, c'est également à bon droit que l'intimé a refusé l'octroi d'une mesure d'aide au placement au recourant. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.