

GE_GERICHTE A/586/2013 vom 25. September 2014

GE Cour de justice, 2014-09-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_586_2013

FR: GE_GERICHTE A/586/2013 du 25 septembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/586/2013 del 25 settembre 2014

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à THONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître NANCHEN Henri recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1953, originaire de Bosnie-Herzégovine, ayant exercé la profession de mécanicien, a déposé en date du 28 avril 2008 une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant des problèmes d'épaule, de dos et « de moral », suite à un accident du travail survenu le 1^{er} décembre 2006. 2. Du dossier constitué par la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA), assureur-accident, il ressort que ce jour-là, l'assuré, monteur en ventilation, a glissé d'une échelle, ce qui lui a occasionné des contusions de la colonne lombaire et de l'épaule droite avec une tendinite du sus-épineux. 3. Le cas a été soumis au docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA qui, le 9 juillet 2007, a relevé une nette amélioration par rapport à la situation initiale, même si une douleur antérieure de l'épaule droite persistait, dont l'origine était attribuée à un conflit sous-acromial. 4. Le docteur C_____, dans un rapport du 1^{er} octobre 2008, a posé les diagnostics d'impingement sous-acromial et de tendinopathie du sus-épineux de l'épaule droite, ayant nécessité une acromioplastie et un débridement, puis une suture du sus-épineux le 5 février 2008. Il a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le jour de l'accident, tout en émettant l'avis que l'exercice d'une activité restait exigible à plein temps, à condition d'éviter la position bras au-dessus de la tête, le port de charges et l'escalade d'échafaudages ou d'échelles. 5. Le 5 février 2009, le Dr B_____ a qualifié l'évolution de défavorable, l'incapacité de travail étant toujours totale et la probabilité d'une reprise de travail dans un métier lourd tendant vers zéro. 6. Le 23 mars 2009, le Dr C_____ a transmis à l'OAI des rapports d'imagerie médicale montrant une dégénérescence discale C6-C7 et C7-D1, une protrusion discale ostéophyttaire C6-C7, appuyant sur la partie antérieure gauche du fourreau dural en contact avec la racine C7 gauche, une uncarthrose avec rétrécissement sévère du canal radiculaire gauche pouvant entrer en conflit avec la racine C6, ainsi qu'une protrusion discale C7-D1, sans conflit radiculaire visible. Il a également adressé à l'OAI un bref rapport du docteur D_____, du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), préconisant une reconversion professionnelle au motif que le métier de monteur en ventilation n'était plus envisageable, ce qu'il a expressément confirmé à l'OAI, le 24 avril 2009. 7. Le 18 mai 2009, le Dr B_____ s'est livré à une nouvelle appréciation aux termes de laquelle il a considéré que la situation au niveau de l'épaule droite était stabilisée ; au

niveau de cette articulation, il resterait des séquelles non compatibles avec la reprise de l'activité de monteur en chauffage ou toute autre impliquant la manipulation de charges avec le membre supérieur droit, des mouvements d'une amplitude supérieure à 90° en abduction ou en flexion ou encore, une rotation interne au niveau de l'épaule gauche. Le médecin a estimé que l'assuré pourrait exercer à plein temps une activité adaptée, étant précisé que son appréciation ne tenait compte que des troubles observés au niveau de l'épaule droite, à l'exclusion des troubles cervicaux, dont la relation de causalité avec l'accident n'avait pas été établie. 8. Une observation professionnelle a été mise sur pied auprès des Etablissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI). 9. A l'issue de cette mesure, un rapport a été rendu, le 3 mai 2010. Il en ressort que : « Tout au long du stage d'orientation, l'assuré a été dans l'opposition passive totale. Il n'a fait aucun effort pour faciliter sa réadaptation, il a travaillé comme un automate, sans envie, sans soin et sans intérêt. Les rendements réalisés (18%) sur des travaux simples, légers et parfaitement adaptés sont inexplicables par ses seules atteintes physiques. Actuellement, l'assuré ne peut pas être placé dans le circuit économique normal, mais pas nécessairement pour des raisons relevant de l'assurance-invalidité. Nous pensons qu'un réentraînement à une activité industrielle légère serait dans l'immédiat la solution la plus adéquate pour lui permettre de retrouver un rythme de travail compatible avec le circuit économique ». 9. Le 27 juillet 2010, un projet de décision a été adressé à l'assuré, dont il ressortait que l'OAI se proposait de lui nier le droit à toute prestation. 10. L'assuré s'y est opposé par courrier du 27 septembre 2010 en reprochant à l'OAI de n'avoir tenu compte ni de ses capacités socio-professionnelles, ni de son état physique et psychique, dont il a estimé qu'il justifiait l'octroi d'une rente entière. 11. L'assuré a invoqué l'avis de son médecin traitant, le Dr E_____, qui, dans un rapport du 6 septembre 2010, a récapitulé la situation médicale de son patient (limitations au niveau de l'épaule droite, arthrose facettaire en L3-L4, rétrécissement sévère du canal radiculaire gauche se traduisant par une raideur cervicale et discarthrose du membre supérieur gauche, suivi sur le plan psychique), rappelé que rester assis ou debout était pénible pour l'assuré, qu'il ne pouvait pas non plus porter de charges et concluant que son état clinique nécessitait une « révision de son évaluation du degré d'invalidité qui a été fixé à 15 % ». 11. Par décision du 23 novembre 2010, l'assureur-accidents a conclu à une diminution de la capacité de gain de 18%, ouvrant droit à la rente correspondante. Ce taux a été calculé en comparant le revenu que l'assuré pourrait réaliser dans une activité adaptée (ne sollicitant pas le membre supérieur droit, permettant d'éviter le port de charges et les mouvements d'amplitude supérieure à 90 degrés d'abduction ou de flexion ou en rotation interne), soit CHF 4'516.- par mois, à celui de CHF 5'477.- par mois qu'il aurait réalisé sans atteinte à sa santé. 12. Pour le surplus, une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) a été accordée. 12. Dans un rapport du 17 décembre 2010, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré, a conclu à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique ayant pour conséquence une diminution de 50% de la capacité de travail en raison des problèmes de concentration et de fatigabilité. Le médecin a précisé avoir suggéré à son patient de reprendre une activité professionnelle, mais de s'être heurté, vu son âge et son inactivité de longue date, à un problème de motivation. 13. Dans un rapport du 29 novembre 2011, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en médecine interne et titulaire des droits acquis en psychiatrie et psychothérapie, a conclu à un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive tout en précisant qu'il n'y avait pas de restriction psychique à l'exercice d'une activité et

qu'un travail peu exigeant physiquement et intellectuellement était exigible. 14. Le 4 octobre 2010, est parvenue à l'OAI une dénonciation accusant l'assuré de travailler au noir depuis plusieurs mois dans une carrosserie. 15. L'assuré a été mis sous surveillance du 7 juillet au 30 septembre 2011. Les images de la vidéosurveillance ont notamment montré un assuré « très vif », se levant, marchant sans aucune difficulté, levant le bras gauche sans lever les épaules, à la démarche aisée et aux mouvements fluides. En revanche, aucune activité lucrative quelconque n'a été mise en évidence. 16. Le 28 juin 2012, le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a relevé que le rapport de surveillance ne mettait en évidence aucune gestuelle douloureuse et que sur le plan social, l'assuré était parfaitement intégré dans son cercle de connaissances et d'amis. Les observations allaient à l'encontre des affirmations du Dr F_____, mais confirmaient, en revanche, celles de la Dresse G_____. 17. Dans un bref rapport du 1^{er} novembre 2012, le Dr E_____ a fait état d'une décompensation psychosomatique importante liée à l'accident, à un état douloureux chronique, à une atteinte intra-articulaire avec déchirure du labrum au niveau de l'épaule et à une lombalgie chronique. 18. Par décision du 15 janvier 2013, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation au motif que le degré d'invalidité - 15% - était insuffisant. L'OAI a considéré que l'assuré était en incapacité de travail depuis décembre 2006, que le délai de carence d'une année avait pris fin en décembre 2007 et que si la capacité de l'intéressé à exercer son activité habituelle était désormais nulle, elle restait en revanche entière s'agissant d'une activité adaptée et ce, depuis juillet 2007. L'OAI s'est référé à cet égard au stage d'orientation et à son résultat. Il a procédé à un calcul théorique du degré d'invalidité. Le revenu que l'assuré aurait réalisé sans atteinte à sa santé, a été évalué à CHF 60'226.- sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2006, TA1, tous secteurs confondus, niveau 4) vu la fluctuation des salaires ressortant du rassemblement des comptes individuels AVS de l'assuré (CHF 14'611.- en 2003, CHF 44'744.- en 2004, CHF 36'881.- en 2005 et CHF 46'630.- en 2006). Le revenu d'invalidité a été fixé à CHF 51'192.- selon l'ESS 2006 (TA1, tous secteurs confondus, niveau 4), après réduction de 15%. L'OAI a considéré qu'il n'y avait aucun élément objectif permettant de s'écarter du rapport des EPI : les limitations fonctionnelles étaient bien respectées dans les activités adaptées retenues. L'OAI, se référant à la surveillance dont l'assuré avait fait l'objet plusieurs jours durant et à l'avis de son SMR, a considéré que l'assuré ne souffrait pas de troubles psychiques incapacitants. Quant au plan somatique, aucun élément médical nouveau ne permettait de conclure à une nouvelle atteinte ou à une aggravation objective, ce qui était d'ailleurs confirmé par la surveillance. 19. Par écriture du 15 février 2013, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} décembre 2007, subsidiairement à ce que soit ordonnée une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. En premier lieu, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. En particulier, il conteste les conclusions tirées des rapports des EPI et des rapports de surveillance. En second lieu, il reproche à l'intimé une instruction lacunaire s'agissant des atteintes à ses cervicales et de son état psychique. Enfin, il fait valoir que le revenu sans invalidité retenu par l'OAI serait inférieur à la réalité et que l'abattement appliqué au revenu après invalidité serait insuffisant. 20. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 8 avril 2013, a conclu au rejet du recours. L'OAI explique qu'au vu des discordances ressortant du dossier et d'une dénonciation qui lui a été adressée en octobre 2010 affirmant que l'assuré travaillait au noir depuis plusieurs mois dans une

carrosserie à Meyrin, une surveillance a été mise en place. S'agissant des conclusions du rapport des EPI, l'intimé relève qu'il ressort de ce rapport qu'une reconversion de l'assuré est possible dans le domaine de la petite serrurerie légère des activités industrielles légères ou en tant que chauffeur-livreur de petits paquets. L'intimé souligne que les examens n'ont pas permis d'expliquer objectivement la modicité des rendements constatés lors du stage. Il y voit la preuve que la participation de l'assuré n'était pas optimale et qu'il s'agissait à l'évidence d'une exagération. S'agissant du revenu avant invalidité, l'intimé maintient qu'il n'y a pas de données salariales fiables et qu'il était fondé à se baser sur les statistiques. Qui plus est, il fait remarquer que le montant retenu est à l'avantage du recourant. Quant à la réduction supplémentaire, l'intimé fait valoir qu'hormis ses limitations fonctionnelles, rien n'empêche l'assuré de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une activité légère. Il ajoute que l'assuré, arrivé en Suisse en 1992 et y ayant travaillé depuis lors, n'est pas préterité par sa nationalité étrangère. Quant à son âge, il est encore éloigné du seuil à partir duquel la jurisprudence le considère comme « avancé » et justifiant une prise en compte. Enfin, les limitations fonctionnelles ne présentent pas de spécificités telles qu'il y aurait lieu d'en tenir compte au niveau de la déduction sur le salaire statistique. 21. Par écriture du 10 mai 2013, le recourant a persisté dans ses conclusions et, le 10 janvier 2014, a demandé l'audition des docteurs E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et H_____, psychiatre FMH. 22. L'audience d'enquêtes s'est tenue en date du 13 février 2014. Le Dr H_____ a indiqué n'avoir reçu le recourant en consultation qu'à trois ou quatre occasions depuis octobre 2013, avant de transmettre son dossier à la doctoresse G_____, à sa demande. 23. Pour sa part, le médecin a dit avoir conclu à une majoration des symptômes physiques et psychologiques pour raisons psychiques, ce qu'on appelle un trouble factice, et avoir écarté le diagnostic d'état dépressif au vu de la présentation de l'assuré (assez tonique et revendicateur, lui demandant la production de certificats de complaisance et attendant de sa part qu'il se positionne en « médecin de la défense »). 24. Entendu à son tour, le Dr E_____, qui suit l'assuré depuis février 2010, a indiqué qu'il souffrait principalement de douleurs chroniques aux niveaux de l'épaule droite et du rachis (lombalgies et cervicalgies). A ce tableau douloureux chronique, s'était ajouté un état dépressif réactionnel qui avait pris autant d'importance que les problèmes somatiques. Au niveau du rachis lombaire, une arthrose a été mise en évidence et, au niveau des cervicales, une petite hernie. En termes de limitations fonctionnelles, cela revient à dire qu'il faut éviter en particulier le port de charges et les mouvements répétitifs, ce qu'ont d'ailleurs confirmé les tentatives de réinsertion de l'assuré. Le médecin a émis l'avis que le recourant se trouve « dans une impasse sociale ». Il a indiqué avoir des difficultés à concevoir quelle activité concrète pourrait envisager l'assuré aujourd'hui, étant rappelé que seule une activité manuelle peut entrer en ligne de compte et que toutes ses tentatives de réinsertion ont échoué. 25. A l'issue de l'audience, le recourant a allégué que la Dresse G_____, qui le suit depuis deux ans, serait la plus à même d'éclaircir sa situation sur le plan psychique. 26. Ce médecin, entendu lors d'une audience ultérieure, le 13 mars 2014, a expliqué suivre l'assuré depuis novembre 2011 pour un trouble dépressif récurrent léger. Le témoin a indiqué s'être procuré le dossier médical complet de son patient après avoir appris qu'il demandait des prestations de l'assurance-invalidité, afin d'évaluer sa situation sur le plan somatique. Selon le témoin, il est évident que, sur le plan psychique, il n'existe aucune atteinte incapacitante : « Monsieur peut et doit travailler ». La Dresse G_____ a souligné avoir tenté de l'expliquer à son patient, qui a balayé ses

arguments, lui relatant que son avocat lui avait promis qu'il gagnerait son procès contre l'assurance-invalidité. Elle estime que son travail de psychiatre a ainsi été « purement et simplement saboté ». Le témoin a ajouté qu'à son avis, le problème se pose plus en termes d'intégration sociale qu'en termes médicaux : son patient a entretenu des illusions et c'est sans doute la raison pour laquelle il a « envoyé balader » la tentative de réinsertion mise sur pied par l'AI au motif qu'il ne voulait pas mettre des vis dans des boulons alors même que son métier est celui de mécanicien-auto. 27. Par écriture du 11 avril 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions. 28. Par écriture du même jour, l'intimé a fait de même. 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; RS 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). La compétence de la Cour de céans 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 forme et délai 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). **!**[endif]>!**[if**> 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. **!**[endif]>!**[if**> 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 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. **!**[endif]>!**[if**> 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, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Il reproche à l'intimé de s'être uniquement basé sur l'examen du médecin de la SUVA alors que ce dernier a souligné ne s'être prononcé qu'au regard de l'atteinte à son épaule à l'exclusion de celles concernant ses cervicales et son état psychique. Or, ont été mises en évidence : une dégénérescence discale C6-C7 et C7-D1, une protrusion discale ostéophytaire C6-C7 avec compression de la racine C7 et une uncarthrose avec rétrécissement sévère du canal radiculaire gauche. Il invoque les avis de ses médecins traitants. Selon lui, son manque de motivation lors de l'observation par les EPI s'expliquerait par son état psychique, d'une part, par l'aspect « humiliant » de l'activité qui lui avait été confiée (visser machinalement plusieurs centaines de boulons), d'autre part. L'intimé soutient quant à lui que la capacité de travail a été déterminée sur la base d'une étude approfondie du dossier et non pas seulement sur les rapports médicaux de la SUVA, comme le prétend le recourant. En l'occurrence, force est de constater que tous les médecins qui se sont prononcés - à l'exception du Dr E_____ concluent à une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Si le Dr B_____ s'est certes exprimé eu égard aux seules atteintes de l'épaule, tel n'est pas le cas du Dr D_____, qui a préconisé une reconversion professionnelle. Quant au Dr E_____, s'il a certes évoqué les problèmes cervicaux et lombaires de son patient, il n'a jamais prétendu que ceux-ci entraînaient une incapacité totale à exercer la moindre activité lucrative. Entendu par la Cour de céans, il a expliqué que cela se traduisait simplement par des limitations fonctionnelles déjà prises en compte par les autres médecins (éviter le port de charge et les mouvements répétitifs). Enfin, les problèmes psychiques invoqués par le recourant ont été pour le moins minimisés tant par la Dresse G_____ que par le Dr H_____, tous deux ayant souligné une majoration des symptômes physiques et psychologiques pour raisons psychiques et écarté la moindre incapacité de travail de ce fait. Ces constatations médicales sont d'ailleurs corroborées par les conclusions des EPI, lesquels ont estimé qu'une reconversion de l'assuré était possible dans le domaine de la petite serrurerie légère, des activités industrielles légères ou en tant que chauffeur-livreur de petits paquets, par exemple. On relèvera à cet égard que les imageries ne permettent pas d'expliquer objectivement les rendements constatés lors du stage, pas plus que l'état psychique du recourant - dont ses psychiatres traitants ont exclu tout impact sur sa capacité de travail. Eu égard aux considérations qui précèdent, il faut convenir avec l'intimé que le recourant dispose d'une pleine capacité à exercer une activité lucrative

légère et adaptée à ses limitations. 10. Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI. a) Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à un trois-quarts de rente si son invalidité atteint au moins 60% et à une rente entière si son degré d'invalidité atteint 70%. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI 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 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 avait été 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. Il convient encore de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage. Il s'agit là d'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). Le juge ne peut dès lors 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). b) En l'espèce, le recourant soutient que le revenu sans invalidité retenu par l'OAI serait inférieur à la réalité. Il affirme qu'en bonne santé, il aurait réalisé un revenu de CHF 5'600.- bruts par mois, soit CHF 67'200.- par an. Ce à quoi l'intimé répond en faisant remarquer qu'au vu du rassemblement de ses CI, le recourant n'a jamais réalisé un tel revenu. Du rassemblement des comptes individuels AVS de l'assuré, il ressort qu'il a bénéficié d'indemnités de l'assurance-chômage de 1999 à 2006. Le revenu le plus élevé qu'il ait réalisé depuis son arrivée en Suisse est celui de CHF 57'620.-, en 2000. On est ainsi loin du montant de CHF 67'200.- allégué par le recourant. Son dernier employeur a adressé à l'OAI

un formulaire dont il ressort que l'assuré a travaillé du 29 août au 1^{er} décembre 2006 en tant que monteur en chauffage. Son salaire s'est élevé à CHF 5'250.- bruts en septembre, à CHF 1'792.- bruts en octobre et à CHF 5'815.- bruts en novembre 2006. Eu égard aux éléments ressortant du dossier, il apparaît que les variations de salaire sont telles que c'est à juste titre que l'intimé s'est basé sur les statistiques pour déterminer le revenu avant invalidité. Le montant de CHF 60'226.- ainsi fixé n'apparaît pas critiquable. Quant au revenu d'invalidé, en l'absence de reprise d'activité in casu, il convient également de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). Ainsi que cela a été dit supra, l'assuré pourrait exercer à plein temps une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant pas de port de charges, permettant d'alterner les positions et d'éviter certains mouvements des bras. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un marché du travail équilibré offre un nombre significatif de postes de travail légers n'exigeant ni port de charges lourdes, ni travail en position bras levés et pouvant être occupés sans difficulté particulière par une personne atteinte d'une affection de l'épaule. Selon les données de l'ESS 2006, le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait, tous domaines confondus, à CHF 4'732.- par mois (valeur médiane). Ce salaire hypothétique doit être rectifié pour tenir compte du fait que les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 heures par semaine, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,7 heures). On obtient dès lors, pour un horaire de travail moyen de 41,7 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a), un salaire annuel brut, en 2006, de CHF 59'197.30. L'assuré fait valoir que la réduction supplémentaire de 15% appliquée à ce montant serait « largement insuffisante » eu égard aux circonstances, notamment le fait qu'il était âgé de 50 ans au moment de l'ouverture du droit, qu'il soit étranger, qu'il ne lise pas le français, qu'il soit quasiment sans formation et qu'il ait toujours exercé la même activité. Selon lui une réduction de 20% au minimum se justifierait. Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent 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 maximale 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/aa-cc p. 79). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation. On ne saurait donc s'en écarter que si elle a été fixée en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (cf. ATF 130 III 176 consid. 1.2 p. 180). S'agissant du fait que le recourant est de nationalité étrangère, il est vrai que les étrangers gagnent parfois moins que la moyenne de tous les travailleurs (étrangers et suisses ; cf. tableau A 12 ESS 1996 ; VSI 2000 consid. 2b p. 85). Cependant, la déduction fondée sur la nationalité apparaît déjà problématique parce que les salaires ressortant des statistiques ont été arrêtés sur la base des revenus de la population résidente, aussi bien

suisse qu'étrangère, de sorte que, pour les assurés suisses, une majoration devrait être opérée sur les salaires ressortant des statistiques. Par ailleurs, le Tribunal fédéral a constaté qu'il n'était pas exact d'affirmer que la totalité des étrangers gagnait moins que l'ensemble des Suisses et des étrangers réunis ; il peut exister des différences sensibles selon la catégorie des étrangers et le niveau des exigences (VSI 2000 consid. 5a/cc p. 320). La nationalité étrangère et la catégorie d'autorisation de séjour ne constituent ainsi pas systématiquement un motif de réduction. Il n'en va ainsi que lorsque l'assuré est réellement préterité en raison de ces éléments. Ce n'est pas le cas d'un assuré au bénéfice d'une expérience salariée en Suisse de plusieurs années, comme le recourant. Quant au manque de formation professionnelle, il en a déjà été tenu compte dans le choix d'activité statistique et le niveau de qualification exigé. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles ne présentent pas de spécificités telles qu'il y aurait lieu d'en tenir compte au niveau de la déduction sur le salaire statistique. Enfin, l'âge de l'assuré n'atteint pas encore le seuil fixé par la jurisprudence pour être considéré comme constituant un obstacle rédhibitoire à son engagement. Dans ces conditions, il apparaît que la réduction supplémentaire de 15% appliquée par l'intimé n'apparaît pas critiquable non plus, de sorte que le degré d'invalidité - 15% - apparaît insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme :

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