

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2193/2010

ATAS/907/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 7 septembre 2010**

En la cause

Monsieur I \_\_\_\_\_, domicilié à Thônex

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur I \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1967, originaire de Roumanie est arrivé en Suisse en 1996. Il est titulaire d'un diplôme d'électricien-minier, il parle le roumain, le français, l'anglais, et il a des connaissances en hébreu. Suite à un accident survenu le 10 janvier 2001 ayant causé une déchirure du ménisque du genou droit, qui a été opéré le 12 avril 2001, il a été en arrêt de travail à 100% du 10 janvier au 30 avril 2001. L'assuré a été opéré du genou droit en janvier 2007 et il est en arrêt de travail à 100% depuis lors. Il a ensuite subi un second accident le 1<sup>er</sup> mars 2007.
2. L'assuré a effectué des missions temporaires pour Manpower en tant qu'employé polyvalent (chauffeur-livreur, manutentionnaire, nettoyeur) de septembre 2000 à mai 2002, il a été engagé par l'œuvre suisse d'entraide ouvrière en travail temporaire de décembre 2004 à mars 2005 et détaché en tant que bagagiste auprès d'une compagnie d'aviation, puis il a travaillé en qualité d'agent de rampe auxiliaire, chargé du tri et du chargement des bagages pour X \_\_\_\_\_ d'avril à août 2005. Dans ce cadre, il a suivi une formation théorique lui ayant permis d'acquérir les connaissances nécessaires pour exercer les tâches de la profession.
3. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance invalidité (OAI) le 22 mai 2009 visant l'obtention de mesures pour une réadaptation professionnelle.
4. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a réuni les renseignements et documents suivants:
  - a) Selon le dossier de la SUVA, assureur accident, le patient a fait une chute d'une échelle le 10 janvier 2001, et face à la persistance des douleurs, des examens complémentaires effectués en février 2001 ont montré une déchirure du ménisque opérée en avril 2001. Le chirurgien atteste que l'examen clinique est quasiment normal le 27 avril 2001.
  - b) Selon le rapport médical du Dr. L \_\_\_\_\_, médecin interne auprès du service de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal, suite à la menisectomie partielle externe droite de 2001 et l'opération de janvier 2007, le patient a chuté en mars 2007 avec impact sur le genou droit. Le bilan radio-clinique a objectivé une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et confirmé une chondropathie rotulienne, associée ensuite à une chondropathie fémoro-tibiale interne prédominante à hauteur du condyle fémoral interne (lésions de stade IV). La récupération fonctionnelle s'améliore mais le patient conserve une gêne à la hauteur de son genou, majorée lors des positions assises prolongées.

- c) Selon le rapport du Dr M\_\_\_\_\_, médecin interne, du 17 juin 2009, il suit le patient depuis 2005 et pose le diagnostic de chondropathie rotulienne opérée en 2007 et d'arthrose secondaire du genou gauche. Le patient souffre de douleurs persistantes avec épanchements récidivants. Il est incapable de travailler à 100% depuis janvier 2007, son activité habituelle n'est pas exigible en raison des douleurs et de la mobilité réduite. Les limitations fonctionnelles sont la position assise prolongée, accroupie, à genoux et monter des échelles.
- d) Selon le rapport du Dr N\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, du 6 juin 2009, il suit ce patient depuis avril 2006, le diagnostic avec effet sur la capacité de travail est une gonarthrose droite, le dernier examen date de janvier 2009 et montre un genou stable, avec un battement interne de 5°, en flexion de 15°. La palpation est douloureuse, sans ressaut. Les examens radiologiques du 22 septembre 2008 montrent une gonarthrose fémoro tibiale interne débutante et une arthrose fémoro-patellaire. Les limitations fonctionnelles sont la position debout, la marche, les positions accroupies, à genoux, monter des escaliers ou une échelle, la rotation et soulever des poids. Le médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail mais se borne à constater que le patient ne travaille pas depuis 2005 et est assisté par l'Hospice général.
- e) Selon le rapport du Dr O\_\_\_\_\_, chirurgien aux HUG, non daté, il a vu ce patient le 5 mai 2009, le diagnostic avec effet sur la capacité de travail est une gonarthrose tri-compartimentale, le patient souffre de douleurs au genou droit avec épanchements quotidiens. Le médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail du patient.
- f) Selon le courrier de l'UBS du 9 juillet 2009, l'assuré a retiré sa prestation de libre passage le 24 août 2005 en raison de son départ définitif de Suisse.
- g) Selon les extraits de compte AVS, il a réalisé des revenus mensuels de l'ordre de 2'700 fr. de septembre 2000 à février 2001, puis de mars à mai 2002 (Manpower), de 2'300 fr. à 4'200 fr de septembre 2004 à mars 2005 (Bourse de l'emploi-OSEO), de 3'300 fr. d'avril à août 2005 (X\_\_\_\_\_). Sont aussi inscrits de faibles revenus de personne sans activité lucrative en 1997, 1998 (12'000 fr./an) et en 2003, 2006 et 2007 (4'200 fr./an), ainsi que quelques gains d'activité temporaire en août et en novembre 2004 (1'000 fr au total).
- h) Selon une attestation de l'Hospice général du 25 mai 2009, l'assuré est assisté depuis octobre 2005.

- i) Selon une attestation de l'office cantonal de l'emploi du 17 juillet 2009, la première inscription de l'assuré date de mai 2001, le dernier délai cadre indemnisé a été ouvert du 16 janvier 2008 au 15 janvier 2010 et l'assuré a bénéficié d'une mesure auprès de l'association " X\_\_\_\_\_ " du 1<sup>er</sup> au 19 septembre 2008.
5. Selon communication de l'OAI du 1<sup>er</sup> décembre 2009, aucune mesure professionnelle ne peut être octroyée pour le moment, la réalisation des conditions d'octroi n'étant pas encore déterminée.
6. Sur proposition du Service médical régional AI du 20 novembre 2009, et afin d'établir clairement la capacité de travail, un bilan rhumatologique été effectué par le Dr P\_\_\_\_\_, rhumatologue, le 8 décembre 2009 au sein du SMR. Le médecin contient une anamnèse familiale, professionnelle, personnelle et un résumé du dossier complets. Il mentionne précisément les plaintes du patient, soit une douleur postéro-latérale droite et péri-rotulienne, selon les efforts, apparaissant même lors de petits efforts, par exemple lorsque l'assuré porte six bouteilles d'eau au deuxième étage. Il n'y a pas de raideur matinale, pas de réveil nocturne. La dernière ponction a été effectuée il y a trois ans. A plat, l'assuré est capable de marcher une heure et peut rester assis une heure lorsqu'il joue aux échecs ou qu'il consulte Internet. Dans ses activités physiques, l'assuré se déplace à vélo pour aller en ville et peut nager quatre à cinq kilomètres.

Lors de l'examen médical, l'assuré tolère la station assise sans difficulté pendant les 35 minutes de l'entretien, les transferts assis-debout et couché-assis sont effectués sans difficulté, de même que le déshabillage et l'habillage. Le status ostéoarticulaire indique, pour les membres inférieurs, une tuméfaction importante antérieure et interne du genou droit, une flexion-extension de 130-10-0 ° à droite, 140-5-0 ° à gauche, douloureuse en fin de flexion à droite ; crissements articulaires à droite ; douleurs sur le compartiment externe droite ; petit ressaut lors de la recherche d'une laxité sur le ligament latéral interne droit pas de tiroir ; crissements patellaires à la recherche d'un rabet, indolore ; douleurs à la palpation. L'assuré est capable, avec peine, de s'accroupir à 100 % d'amplitude, il ressent une douleur antérieure et il existe un léger épanchement. Le genou gauche est asymptomatique, pas de rabet. Le dossier radiologique, soit des radios et des IRM du genou droit, est détaillé. Le médecin pose comme diagnostic avec répercussions durables sur la capacité de travail une gonarthrose tricompartmentale du genou droit, prédominant sur le compartiment fémoro-patellaire M17.1. S'agissant de l'appréciation du cas, le médecin rappelle qu'aucune nouvelle intervention chirurgicale n'est planifiée. Le patient prend un anti-inflammatoire, deux à trois fois par semaine, jusqu'à trois comprimés par jour et applique une pommade anti-inflammatoire au niveau du genou droit. L'assuré dit avoir fait plusieurs recherches d'emploi, pour un poste de réceptionniste, ayant également eu l'idée de travailler comme chauffeur professionnel. Il souhaite reprendre une activité professionnelle à 100 % dans un

travail plus léger que celui effectué chez X\_\_\_\_\_. En conclusion, la gonarthrose tricompartmentale est modérée avec des épanchements à répétition. Les limitations fonctionnelles concernent exclusivement le genou droit : pas de travail prolongé en position accroupie ou à genoux, pas de descentes ou de montées répétées d'escaliers, pas de travail en terrain inégal, pas de périmètre de marche sans s'arrêter au-delà d'un kilomètre, pas de position statique assise au-delà d'une heure et debout au-delà de vingt minutes. L'incapacité de travail est de 100 % depuis janvier 2007 selon l'attestation du Dr Q\_\_\_\_\_, dans une activité de bagagiste ou toute autre activité de manutentionnaire ne respectant pas les limitations fonctionnelles décrites. La capacité de travail exigible est déterminée par la tolérance mécanique du genou droit. Dans une activité adaptée, respectant toutes les limitations fonctionnelles, l'exigibilité est complète depuis janvier 2007.

Le médecin termine le rapport en précisant qu'il s'agit d'un assuré dynamique, intéressé à reprendre une activité professionnelle à plein temps. Le médecin précise qu'il laisse le soin à l'OAI de voir si l'assuré répond aux critères d'entrée en matière par rapport à des mesures d'orientation professionnelle et précise qu'à son avis, cet assuré mériterait au moins une aide au placement.

Par avis du 1<sup>er</sup> mars 2010, la Dresse R\_\_\_\_\_ résume et confirme l'avis médical du Dr Yves P\_\_\_\_\_, soit une capacité de travail complète, dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites, depuis janvier 2007. Elle rappelle que le Dr P\_\_\_\_\_ a relevé le caractère dynamique de l'assuré, désireux de retrouver un travail à plein temps.

7. Selon le rapport du service de réadaptation du 9 mars 2010, l'assuré présente une invalidité de 10%, par la comparaison des revenus avec et sans invalidité, tous deux fondés sur les ESS 2008, TA1, homme, niveau 4, pour 41,6 heures par semaine (59'979 fr.), le revenu d'invalidité étant réduit de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré (53'981 fr.). Le revenu sans invalidité est également fondé sur les statistiques dès lors que l'assuré était placé par l'office cantonal de l'emploi lors de l'accident et n'a pas eu d'emploi depuis 2005.
8. Par projet de décision du 9 mars 2010, l'OAI envisage de refuser toute mesure, notamment de reclassement, le taux d'invalidité de 20% requis n'étant pas atteint. Il précise que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles (pas de travail en position accroupie, à genoux, pas de montée ou descente répétées d'escaliers, escabeau ou échelle, pas de position statique assise plus d'une heure, et debout plus de 20 minutes).
9. L'assuré formule des observations le 6 avril 2010, faisant valoir que son invalidité était de plus de 10% et exigeant de l'OAI qu'il précise quelles activités professionnelles lui permettraient de ne pas rester dans les positions évoquées.

10. Par décision du 27 mai 2010, l'OAI confirme son projet de décision, refuse l'octroi d'une mesure de reclassement, le taux d'invalidité n'étant pas de 20 %, et précise, suite aux observations de l'assuré, que sa capacité de travail est entière pour un poste dans l'industrie légère, ajoutant que c'est l'assurance chômage qui est compétente dans le cas particulier.
11. Par acte du 25 juin 2010, posté le 27 juin 2010, l'assuré forme recours contre la décision de l'OAI. Il rappelle que selon le Dr P \_\_\_\_\_, il a droit au moins à une aide au placement, ce qui motive son recours.
12. Par pli du 21 juillet 2010, l'OAI conclut au rejet du recours, faisant valoir d'une part qu'il n'appartient pas au médecin du SMR de se prononcer sur l'octroi ou non de mesures d'orientation professionnelle, mais à l'OAI. D'autre part, l'incapacité ouvrant droit au service de placement consiste dans le fait que les difficultés éprouvées par l'assuré de trouver un travail approprié par ses moyens sont dus à son état de santé, ce qui n'est pas le cas du recourant. D'ailleurs, le recourant n'aurait tenté aucune démarche pour retrouver du travail. Finalement, l'OAI rappelle que le recourant a été mis au bénéfice, dans le cadre de l'assurance chômage, d'une mesure auprès de l'association X \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> au 19 septembre 2008, soit un cours de technique de recherche d'emploi, selon le courrier électronique de l'OCE du 21 juillet 2010, joint à la réponse de l'OAI.
13. La cause a été gardée à juger le 20 août 2010.

### **EN DROIT**

1. a) Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).
- b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une décision de refus du 27 mai 2010, suite à un demande de prestation du 28 mai 2009. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des

---

modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 9 mars 2010, qui a été confirmé par la décision du 27 mai 2010, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 27 juin 2010.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Le litige porte sur l'octroi de mesures d'ordre professionnel, singulièrement sur une aide au placement.

4. a) Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1<sup>er</sup>). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) 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. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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 al. 1<sup>er</sup> LPGA).

c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

5. a) Selon l'article 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 maintenue ou améliorée. L'article 18 LAI prévoit que l'assuré qui présente une incapacité de travail (art. 6 LPG) et qui est susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi, un conseil suivi afin de conserver un emploi.

L'art. 18 al. 1 première phrase LAI, dans sa teneur selon la nouvelle du 21 mars 2003 ([4e révision de l'AI], en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007), disposait que les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver.

Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la nouvelle du 6 octobre 2006 [5e révision de l'AI], en vigueur depuis le 1er 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.

b) Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement (art 17 LAI) est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). 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). Le Tribunal fédéral a rappelé que la jurisprudence précitée n'a jamais fait mention de la condition d'une perte de gain de 20 % s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi, outre le reclassement (9C\_385/2009 du 13 octobre 2009).

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 p. 81). 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 (arrêt [du Tribunal fédéral des assurances] I 421/01 du 15 juillet 2002, consid. 2c in VSI 2003 p. 274 s.), principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurerait valable également après l'entrée en vigueur de la 4e révision de l'AI (arrêt I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR

---

2006 IV Nr. 45 p. 162) et après l'entrée en vigueur de la 5e révision de l'AI (ATF 9C\_416/2009, du 1<sup>er</sup> mars 2010).

6. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert

---

(ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

7. Dans le cas d'espèce, le Tribunal retiendra que le rapport médical du Dr P\_\_\_\_\_, auprès du SMR a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence précitée, étant précisé que ses conclusions ne sont contredites par aucun autre avis médical. Tous les autres médecins consultés mentionnent les mêmes limitations fonctionnelles, sans se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une profession adaptée. Il faut ainsi admettre que l'assuré était pleinement capable de travailler dans toute activité dès la fin des conséquences du 1<sup>er</sup> accident, fin avril 2001 jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2007, puis pleinement capable de travailler dans une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007, soit sans position accroupie, à genoux, sans descente ou de montée répétée d'escalier, escabeau ou échelle, pas de travail en terrain inégal, pas de marche au-delà d'un kilomètre, sans halte, pas de position statique plus d'une heure et pas de position statique debout plus de 20 minutes.

Compte tenu de ce qui précède, l'assuré peut travailler, comme le relève l'OAI dans une profession non qualifiée respectant ses limitations, soit en particulier dans l'industrie légère qui permet une activité alternant les positions assise et debout. Compte tenu du fait que l'assuré n'a pas travaillé depuis 2005, il lui serait défavorable de se fonder sur le dernier revenu qu'il réalisait avant l'atteinte à la santé (3'351 fr/mois auprès de X\_\_\_\_\_), malgré une réévaluation à 2008, de sorte qu'il y a lieu de se baser sur les salaires ressortant des statistiques fédérales prise en compte par l'OAI. Le calcul effectué par l'OAI n'est pas critiquable, car l'abattement de 10% sur le revenu d'invalidité tient compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, aucun autre critère permettant de retenir un abattement plus important n'étant réalisé. Le taux d'invalidité de l'assuré est ainsi de 10%, ce qui n'ouvre pas de droit à un reclassement, étant par ailleurs précisé que le taux de 20% est une condition nécessaire, mais n'est pas une condition suffisante pour l'octroi d'une mesure de reclassement.

Reste à examiner si l'assuré est entravé par ses problèmes de santé dans la recherche d'un emploi approprié, ce qui pourrait justifier l'octroi d'une mesure d'aide au placement.

Conformément à l'appréciation du médecin du SMR, l'assuré a une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit sans position accroupie, à genoux, sans descente ou de montée répétée d'escalier, escabeau ou échelle, pas de travail en terrain inégal, pas de marche au-delà d'un kilomètre, sans faire une halte, pas de position statique plus d'une heure et pas de position statique debout plus de 20 minutes.

Ainsi, à partir de ce moment-là, on pouvait raisonnablement exiger de l'intimé qu'il reprenne toute activité professionnelle, quelle qu'elle soit, pour autant que les limitations fonctionnelles décrites plus haut soient respectées. Attendu que l'assuré présente depuis le 1er janvier 2007 une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité légère adaptée à ses limitations et qu'aucun médecin n'atteste qu'il soit entravé par ses problèmes de santé dans la faculté de rechercher un emploi approprié, les conditions du droit à une aide au placement selon l'art. 18 al. 1 LAI ne sont pas remplies. Les pièces du dossier permettant d'ailleurs d'établir que les limitations fonctionnelles de l'assuré ne l'empêchent pas de faire des recherches sur Internet, se rendre au centre ville pour des entretiens d'embauche ou une inscription dans une entreprise de placement et qu'il maîtrise suffisamment la langue française pour rédiger des demandes d'emploi.

Il convient à cet égard d'ajouter, d'une part, que l'assuré a déjà bénéficié d'une forme d'aide au placement dispensée par l'Office cantonal de l'emploi en septembre 2008 et, d'autre part, que ses difficultés à trouver un emploi sont, au degré de la vraisemblance prépondérante, dues à l'inadéquation entre le marché de l'emploi et son parcours professionnel. En effet, malgré une capacité de travail totale dans toute profession, sans être limité par les douleurs à son genou droit, l'assuré a irrégulièrement travaillé de 2001 à 2005 et n'a pratiquement plus travaillé depuis août 2005.

En conséquence, il n'est pas nécessaire d'examiner s'il appartient à l'expert de se prononcer sur l'opportunité d'une mesure d'aide au placement, étant précisé qu'en aucun cas la mention faite par le Dr P\_\_\_\_\_ ne saurait être comprise comme un engagement de l'administration à cet égard. Est déterminant en l'espèce le fait que ce médecin a jugé utile de préciser que l'assuré était dynamique et désireux de retrouver une activité à plein temps, ce qui est positif et n'a pas à être mis en doute par le Tribunal de céans. Il ressort toutefois des dispositions légales applicables qu'une aide au placement, si elle est utile, ne relève pas de l'assurance invalidité, mais, le cas échéant, de l'assurance chômage auprès de laquelle l'assuré est d'ailleurs inscrit.

8. a) Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et il doit être rejeté.

b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. 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

La présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le