

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2491/2011

ATAS/285/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 mars 2012

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Emilie CONTI

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Florence KRAUSKOPF, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Diane BROTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1957 au Portugal, est arrivé en Suisse en 1986. Dès avril 2000, il a travaillé en tant que chauffeur/déménageur auprès de X_____ DEMENAGEMENTS S.A. (ci-après l'employeur).
2. Le 10 novembre 2008, l'assuré a subi un accident qui a entraîné une rupture complète du tendon du sus-épineux de l'épaule gauche. L'assuré a été en incapacité de travail totale dès cette date.
3. Le cas a été pris en charge par la SUVA (ci-après l'assureur-accidents).
4. Le 18 février 2009, l'assuré a subi une suture de la coiffe de l'épaule gauche.
5. Le 10 mars 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI).
6. Par rapport du 18 mars 2009, le Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule. Le traitement consistait en des séances de physiothérapie. L'incapacité de travail était totale et il était trop tôt pour dire si l'activité exercée était encore exigible. Les limitations fonctionnelles étaient, depuis le 11 novembre 2008, travailler avec les bras au-dessus de la tête, soulever/porter plus de 500 gr., monter sur une échelle/un échafaudage. L'assuré devait éviter le travail répétitif ou en force.
7. Par rapport d'évaluation du 29 avril 2009, l'OAI a constaté que l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé.
8. Par rapport du 15 octobre 2009, le Dr L_____ a expliqué que les mobilités étaient presque complètement revenues. Il persistait un seul problème, celui d'une limitation de la force, qui lui paraissait difficilement compatible avec l'activité de déménageur. Il convenait de voir avec l'employeur si une tâche plus légère pouvait lui être proposée.
9. Selon le questionnaire rempli par l'employeur, le salaire annuel de l'assuré s'était élevé à 65'000 fr. en 2008. Sans atteinte à la santé, le salaire aurait été le même en 2009.
10. Dès le 1^{er} novembre 2009, l'assuré a repris son activité à 50% auprès de son employeur.
11. Selon un rapport établi par l'assureur-accidents le 15 décembre 2010, l'assuré estimait son rendement à 35% car il y avait des travaux qu'il ne pouvait plus faire et ceux qu'il effectuait étaient des bricoles.

12. Selon l'employeur, l'assuré avait un rendement de 33% sur un plein temps. Étant donné qu'il ne pouvait plus porter de charges - ce qui correspondait à l'essentiel du travail d'un déménageur - l'assuré faisait de petits travaux : livrer des cartons chez les clients, emballer des objets divers au dépôt, ranger le garde-meuble et aider les déménageurs (rapport du 13 janvier 2010 de l'assureur-accidents).
13. Le 17 février 2010, le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin conseil de l'assureur-accidents, a examiné l'assuré. Les limitations fonctionnelles étaient tous les travaux au-dessus de l'horizontal, pas de ports de charges légères sans les deux mains et les mouvements répétitifs de l'épaule. A un an de l'intervention chirurgicale, il persistait une perte de force du bras gauche et une endurance nulle à l'effort. Dans une activité adaptée, respectant ces restrictions, une capacité de travail totale était attendue.
14. Le 26 mars 2010, l'assuré a chuté et a subi un traumatisme au poignet gauche entraînant une incapacité de travail totale.
15. Par rapport du 19 avril 2010, le Dr N_____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, a relevé que l'assuré était connu pour une occlusion de l'artère fémorale superficielle droite non dilatable, présentant une insuffisance artérielle stade II. Au plan carotidien, il présentait des lésions athéromateuses de moyenne importance.
16. Dès le 21 avril 2010, l'assuré a été en incapacité de travail à 70% pour maladie.
17. Par rapport du 30 avril 2010, la Dresse O_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a constaté une dysplasie rotulienne (patella alta), une importante arthrose fémoro-patellaire inférieure et un épanchement articulaire.
18. Par rapport du 5 mai 2010, l'OAI a contacté l'employeur qui a indiqué qu'il n'y avait pas de poste adapté au sein de l'entreprise. Un stage d'observation-orientation a été proposé à l'assuré, qui a annoncé avoir un problème au genou.
19. Par rapport du 28 juin 2010, la Dresse P_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des gonalgies mécaniques et un épanchement récidivant du genou droit depuis 2008, une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche après plastie de la coiffe des rotateurs depuis 2009, une insuffisance artérielle des membres inférieurs depuis 2006 et une spondylarthrose sur scoliose depuis plusieurs années. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assuré présentait un diabète de type II avec néphropathie depuis 2008, une hyperlipémie traitée depuis 1992, un syndrome de l'apnée du sommeil et un tabagisme chronique. Les limitations fonctionnelles étaient : marcher plus de 100 mètres, monter les escaliers, rester assis longtemps, élever l'épaule

gauche de plus de 90°. L'activité exercée était exigible à 30% et on ne pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail.

20. Par décision du 7 juillet 2010, l'assureur-accidents a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 15% à compter du 1^{er} juillet 2010 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.
21. Par rapport du 23 juillet 2010, la Dresse O_____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des gonalgies, un épanchement récidivant du genou droit, une dysplasie fémoro-patellaire et une importante arthrose fémoro-patellaire (depuis 2001), une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche, des lombalgies par épisodes, scoliose dorsale et lombaire basse, une spondylarthrose dorsale et lombaire (depuis 2003 au moins). La douleur au genou droit s'était aggravée en mars 2010. L'assuré ne pouvait ni marcher plus de 100 à 150 mètres, ni porter des poids de plus de 3 à 5 kg, ni travailler assis de façon prolongée, ni avec le bras gauche levé au-dessus de 90°. L'activité exercée était exigible à 30% et on ne pouvait attendre une amélioration de sa capacité de travail.
22. Par rapport du 30 juillet 2010, le Dr Q_____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a indiqué que certaines atteintes à la santé étaient présentes depuis des années et n'avaient pas empêché l'assuré d'exercer son activité habituelle jusqu'à l'accident. Il convenait de soumettre l'assuré à une expertise rhumatologique pour déterminer depuis quand chaque atteinte à la santé justifiait une incapacité de travail durable.
23. Par rapport du 13 septembre 2010, non signé, le Dr R_____, médecin conseil de l'ALLIANZ SUISSE, assureur perte de gain maladie, a indiqué avoir pris contact avec le médecin traitant de l'assuré. S'agissant de l'incapacité de travail à 70%, celle-ci était justifiée. Il préconisait une reprise à 50% dans quatre mois. Un plein temps n'était raisonnablement pas exigible.
24. L'assuré a été examiné le 15 novembre 2010 par la Dresse S_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne auprès du BREM, mandatée par l'OAI. Par rapport du 23 décembre 2010, ce médecin a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une péri-arthropathie de l'épaule gauche résiduelle post-traumatique après acromioplastie et suture du sus-épineux en février 2009, une gonarthrose droite en poussée congestive prédominant au compartiment fémoro-patellaire, un diabète de type 2b, une insuffisance artérielle des membres inférieurs stade II, une spondylarthrose et spondylose hyperostosante. L'assuré pouvait exercer une activité simple, légère, semi-sédentaire, évitant les activités en hauteur ou à genoux, sur terrains instables, au froid ou à horaires irréguliers. Les troubles limitaient totalement l'activité de déménageur. L'assuré avait pu trouver un arrangement avec son patron avec un rendement de 30%, qui correspondait à

une activité occupationnelle dans cette activité. Une activité adaptée pouvait être exercée à plein temps, sans diminution de rendement.

25. Par avis du 22 février 2011, le Dr Q_____ a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle. L'activité exercée apparaissait occupationnelle et non adaptée. L'assuré présentait, dès le 15 octobre 2009, une totale capacité d'exercer toute activité respectant les limitations fonctionnelles.
26. Par projet de décision du 30 mars 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de mesures de réadaptation et de rente.
27. Par rapport du 20 avril 2011, la Dresse P_____ a relevé que c'est surtout l'addition des multiples pathologies qui induisait une incapacité de travail plus importante que chacune prise individuellement. Il lui paraissait nécessaire qu'une réadaptation professionnelle soit proposée ou de laisser l'assuré à son poste. Le Dr R_____ avait d'ailleurs retenu cette solution.
28. Par rapport du 9 mai 2011, la Dresse O_____ a fait remarquer que l'activité exigible de la part de l'assuré devait être adaptée aux différentes atteintes à la santé dont il souffre : status après rupture tendineuse de l'épaule gauche et intervention chirurgicale à ce niveau, avec impotence fonctionnelle de l'épaule, gonarthrose fémoro-patellaire, surtout à droite, lombalgies sur scoliose dorsale et lésions dégénératives dorso-lombaires, insuffisance artérielle des membres inférieurs. Les pathologies entraînaient des limitations fonctionnelles différentes qui ne pouvaient pas être considérées séparément. Elles s'additionnaient et diminuaient considérablement la possibilité de définir une activité adaptée. Par ailleurs, les comorbidités (diabète, hyperlipémie, syndrome d'apnée du sommeil) amoindrissent l'état de santé et sa résistance globale. Enfin, son âge, son très faible niveau de scolarité, sa maîtrise du français très insuffisante pour la langue parlée et nulle pour la langue écrite, limitent encore ses possibilités. Ainsi, il semblait très peu probable que l'assuré retrouve par lui-même une activité professionnelle légère adaptée. Une réadaptation professionnelle devait lui être proposée. Selon le médecin, le maintien au poste de travail actuel, avec l'adaptation des tâches à son état de santé, réalisant un rendement de 33%, paraissait la solution la plus raisonnable.
29. Par avis du 23 juin 2009, le Dr Q_____ a relevé que la Dresse O_____ n'apportait aucun élément médical nouveau susceptible de modifier les conclusions. Il n'appartenait pas au médecin d'indiquer s'il existe ou non une activité qui respecte les limitations.
30. Par décision du 28 juin 2011, l'OAI a maintenu son projet. A partir d'octobre 2009, l'assuré pouvait exercer une activité lucrative à temps complet sur le marché du travail équilibré qui ne nécessitait pas de formation particulière. Selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2008, TA1), un homme travaillant à temps complet dans un poste non qualifié (niveau 4) peut réaliser un gain annuel de

55'249 fr. En comparant ce montant à celui que l'assuré aurait pu obtenir dans son ancienne activité (65'000 fr.), il en résultait une perte de gain de 9'751 fr., correspondant à une invalidité de 15%, n'ouvrant pas le droit à une mesure de reclassement, ni à une rente. S'agissant des autres mesures de réadaptation (orientation, placement), il ressortait du dossier que l'assuré ne souhaitait pas entrer en matière.

31. Par acte du 18 août 2011, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans concluant, préalablement à l'audition des médecins traitants et du Dr R_____, et principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'un trois quart de rente dès le 1^{er} novembre 2009, avec intérêts à 5% depuis le 1^{er} novembre 2009. Le recourant, qui admet ne pas avoir droit à une mesure de réadaptation, conteste avoir une capacité de travail résiduelle entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il est d'avis que d'un point de vue global, les différentes atteintes dont il souffre rendent illusoire l'exercice d'une quelconque activité qui serait adaptée à ses limitations fonctionnelles et qui pourrait être exercée à 100% sur un marché du travail équilibré, compte tenu également de son âge et de son faible niveau d'éducation. Au vu des limitations fonctionnelles mises en évidence par l'expertise du BREM et en retenant une capacité de travail résiduelle, l'expert avait rendu des conclusions contradictoires, rendant l'expertise dénuée de valeur probante. Même s'il existait une activité répondant à toutes les limitations fonctionnelles, elle ne pourrait être exercée qu'à 30%, voire 50% au maximum comme l'attestaient les Drs P_____, O_____ et R_____. L'approche sectorielle du BREM avait conduit au résultat incohérent d'un taux d'invalidité identique pour l'assurance-accidents et pour l'assurance-invalidité, alors que les atteintes étaient plus nombreuses pour celle-ci.

S'agissant du calcul du taux d'invalidité, le recourant ne conteste pas le revenu sans invalidité retenu par l'intimé, soit 65'000 fr. par an. Selon le recourant, son poste actuel épuise toute sa capacité de travail résiduelle. Il fait ainsi valoir que le salaire avec invalidité doit se calculer sur la base de sa situation concrète et non pas sur les tables statistiques. Compte tenu du salaire versé par son employeur, le taux d'invalidité est de 67%, représentant un trois quart de rente. Le résultat ne serait pas différent, même en prenant en considération les statistiques, car il y aurait lieu de retenir un taux d'activité de 30%, voire 50%, ainsi que d'opérer un abattement de 20% au minimum compte tenu des limitations fonctionnelles, de son âge, de son manque de formation, de ses lacunes en français et du nombre d'années de service.

32. Par réponse du 16 septembre 2011, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse. Il ajoute que le rapport d'expertise du 23 décembre 2010 a pleine valeur probante. Par ailleurs, l'approche de l'expert pour définir la capacité de travail n'était pas sectorielle. S'agissant du salaire avec invalidité, le salaire perçu auprès de l'employeur ne pouvait pas être pris en compte puisque le recourant exerçait une activité à temps partiel alors qu'il est capable de

travailler à 100%. C'est par conséquent de manière justifiée que le salaire devait se fonder sur les statistiques. A l'exception des limitations qui ne concernent qu'un nombre très restreint d'activités (travail de nuit, travail au froid, horaires irréguliers, capacités de freinage d'urgence et endormissement au volant, conduite sur de longs trajets, montée et descente d'escaliers, échelles et échafaudages, marches prolongées), les autres limitations définies par l'expert constituent des mesures classiques d'épargne, ce qui laissait un nombre significatif d'activités adaptées à ces dernières sur le marché du travail. Des activités simples dans le secteur de l'industrie, du tri, du montage, de la manutention légère, des activités de surveillance ou de contrôle, sont exigibles au regard des limitations retenues. L'abattement de 10% se justifiait : hormis les limitations fonctionnelles relativement nombreuses mais n'empêchant pas la mise en valeur de la capacité de travail, il n'y avait pas d'autre élément à prendre en considération. Enfin, l'intimé doutait qu'une activité dans une entreprise de déménagement puisse épargner l'état de santé du recourant de manière à respecter les limitations.

33. Par réplique du 6 octobre 2011, le recourant fait valoir qu'il a démontré que son travail auprès de son employeur épuisait toute sa capacité résiduelle de travail. Les avis des Drs P_____, O_____ et R_____ mettaient en doute la pertinence des conclusions de l'expert. Il a rappelé ses arguments et a persisté dans ses conclusions.
34. Par duplique du 4 novembre 2011, l'intimé a relevé que si le recourant, qui réside en Suisse depuis 1986, présente effectivement certaines difficultés avec la langue française, il est néanmoins en mesure de rechercher un poste dans une activité adaptée ou d'exercer une telle activité sans complication majeure. L'intimé a persisté dans ses conclusions.
35. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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 dès le 1^{er} 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 28 juin 2011 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et, le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème} et 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Est litigieux dans le cas d'espèce le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le taux d'invalidité présenté.
5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré

est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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 351 consid. 3).

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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration

ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

7. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

8. En l'occurrence, le recourant estime, en se référant aux avis des Drs P_____, O_____ et R_____, qu'en raison de ses atteintes à la santé il ne peut exercer une activité à plein temps, ce que conteste l'intimé, en se fondant sur l'appréciation de la Dresse S_____.

Dans son rapport du 23 décembre 2010, la Dresse S_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne auprès du BREM, a conclu qu'en raison d'une péri-arthropathie de l'épaule gauche résiduelle post-traumatique après acromioplastie et suture du sus-épineux en février 2009, une gonarthrose droite en poussée congestive prédominant au compartiment fémoro-patellaire, un diabète de type 2b, une insuffisance artérielle des membres inférieurs stade II, une spondylarthrose et spondylose hyperostosante, le recourant présente des limitations fonctionnelles. Compte tenu de ces atteintes somatiques, l'activité habituelle de déménageur n'était plus exigible. En revanche, dans une activité simple, légère, semi-sédentaire, évitant les activités en hauteur ou à genoux, sur terrains instables,

au froid ou à horaires irréguliers, la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement.

Le rapport en question procède d'une analyse complète de la situation médicale de l'intéressé, qui a été examiné par une spécialiste, et tient compte de ses plaintes. L'anamnèse est détaillée, la description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert s'est exprimé sur la capacité de travail exigible et sur les limitations fonctionnelles. Les conclusions sont clairement motivées, elles n'apparaissent pas en contradiction avec les constatations cliniques dûment rapportées dans l'expertise. La Cour de céans observe par ailleurs que contrairement à ce que prétend le recourant, l'expert a pris en considération toutes les atteintes à la santé pour déterminer sa capacité de travail. Qui plus est, il n'apparaît nullement contradictoire de conclure à une capacité de travail entière, tout en retenant un certain nombre de limitations fonctionnelles, celles-ci ne faisant que restreindre le champ des activités exigibles.

Aussi, doit-on admettre que ce rapport répond aux critères posés par la jurisprudence relative à la valeur probante des avis médicaux.

Il convient encore d'examiner s'il existe un indice concret permettant de mettre en cause le bien-fondé de ces conclusions.

Les Drs P_____ et O_____ ont certes fait état dans un premier temps d'une capacité de travail de 30% dans l'activité exercée par le recourant dès le 1^{er} novembre 2009, estimant qu'il n'y a pas à attendre d'amélioration de la capacité de travail (rapports des 28 juin et 23 juillet 2010). Ces médecins traitants n'ont cependant plus été aussi catégoriques dans leurs rapports des 20 avril 2011, respectivement 9 mai 2011. La Dresse P_____ y évoque « une incapacité de travail plus importante » que celle retenue par l'expert du BREM, sans mentionner toutefois le taux de cette incapacité, et la Dresse O_____ ne s'est pas prononcée sur cette question. Qui plus est, ces médecins ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. On relèvera au demeurant que tant la Dresse P_____ que la Dresse O_____ sont d'avis que le recourant est apte à effectuer une reconversion professionnelle.

S'agissant du rapport établi le 13 septembre 2010 par le Dr R_____, on relèvera qu'en l'absence notamment de diagnostic, d'anamnèse et d'appréciation médicale, la capacité de travail mentionnée, soit 50%, ne saurait être retenue.

Le recourant fait encore valoir que la capacité de travail retenue par l'intimé ne devrait pas être identique à celle retenue par l'assureur-accidents car les affections à prendre en compte par l'assurance-invalidité sont plus nombreuses. La Cour de céans relèvera que le fait que l'expert ait retenu la même capacité de travail résiduelle que celle retenue par le Dr M_____ n'apparaît pas

contradictoire puisqu'il résulte de l'expertise que les atteintes d'origine malade entraînent uniquement des limitations fonctionnelles et permettent au recourant de maintenir une capacité de travail entière.

La Cour de céans constate ainsi qu'aucun des rapports versés au dossier n'apporte d'élément qui justifierait de s'écarter des conclusions bien motivées de la Dresse S_____, voire simplement qui fassent apparaître la nécessité d'une instruction complémentaire. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves, comme le requiert le recourant (sur l'appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c ; 120 Ib 229 consid. 2b ; 119 V 344 consid. 3c et la référence).

En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a retenu que le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée.

Reste à déterminer le taux d'invalidité.

9. a) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa.

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 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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 222 et ATF 128 V 174).

- b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1).

c) Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF non publié 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2).

A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile

qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés ; ATFA non publié I 376/05 du 5 août 2005, consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (ATFA non publié I 304/06 du 22 janvier 2007, consid. 4.2).

10. a) S'agissant du revenu de valide du recourant, il n'est pas contesté qu'il se serait élevé à 65'000 fr. par année en 2009.

b) S'agissant du revenu avec invalidité, le recourant conteste le recours aux valeurs statistiques, faisant valoir que son activité actuelle épuise pleinement sa capacité résiduelle de travail.

Force est cependant de constater que l'activité exercée par le recourant n'est pas adaptée à son handicap puisque, malgré l'aménagement de son poste de travail, son rendement est de 33% seulement, alors que sa capacité résiduelle de travail est entière, et ce sans baisse de rendement. En conséquence, il faut admettre que le recourant n'a pas repris d'activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle de sorte qu'il y a lieu d'évaluer le revenu d'invalidé sur la base des données statistiques. On ajoutera encore que le recours aux valeurs statistiques pour fixer le revenu d'invalidé concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes.

Le recourant est d'avis qu'au vu de son âge, de l'absence de formation professionnelle et du nombre de limitations fonctionnelles, il est préférable qu'il reste à son poste actuel. Or, force est de constater qu'à la date virtuelle de la naissance du droit à la rente, le recourant était âgé de 52 ans, ce qui est très éloigné du seuil à partir duquel la jurisprudence parle d'âge avancé. Le recourant ne saurait par ailleurs se prévaloir de son manque de formation scolaire et professionnelle dès lors que de tels facteurs ne constituent pas des circonstances dont l'assurance-invalidité doit répondre (cf. ATF 107 V 21 consid. 2c). Enfin, quand bien même les activités proposées pourraient apparaître trop pénibles ou exigeantes au vu des limitations physiques et intellectuelles présentées, le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif - en plus de celles citées par l'intimé - sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. Cela étant, le recourant est en

mesure de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré du travail.

En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 57'672 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,7 heures; La Vie économique, 4-2009, p. 90, B9.2), et comme le revenu statistique 2008 doit être adapté à l'augmentation des salaires nominaux pour les hommes en 2009 (+2.1%; La Vie économique, T1.39) ce montant doit être porté à 61'386 fr. ($57'672 + 2.1\% = 58'883 \times 41.7 : 40$).

A ce montant, il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique. Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle du recourant, la Cour de céans n'a aucune raison de s'écarter du taux de réduction de 10% pris en compte par l'intimé. Hormis les limitations fonctionnelles et le nombre d'années de service, il n'y a pas d'autre élément à prendre en considération. Compte tenu de l'abattement de 10%, le revenu d'invalidé sur la base statistique s'élève à 55'247 fr. ($61'386 - 6'138$), qui, une fois comparé avec le revenu sans invalidité de 65'000 fr., donne un taux d'invalidité de 15% ($65'000 - 55'247 : 65'000 \times 100$) soit un taux correspondant à celui calculé par l'intimé et qui est de loin inférieur à la limite de 40% ouvrant droit à un quart de rente.

Il sied de relever que même si l'intimé avait admis une réduction maximale de 25% lors du calcul du revenu brut annuel avec invalidité, soit un montant de 46'040 fr. ($61'386 - 15'346$), le degré d'invalidité obtenu de 29% ($65'000 - 46'040 : 65'000 \times 100$) n'aurait pas donné droit à une rente.

11. La décision entreprise n'est ainsi pas critiquable dans son résultat et le recours se révèle mal fondé.
12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE 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

Maryse BRIAND

Florence KRAUSKOPF

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