

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2752/2010

ATAS/637/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 juin 2011

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur L_____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur L _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1973, de nationalité marocaine, était employé en qualité d'aide de cuisine auprès de l'E.M.S. X _____ du 1^{er} janvier au 30 juin 2007. En 2007, son salaire annuel s'élevait à 50'622 fr., soit 3'894 fr par mois, versé treize fois l'an.
2. Le 17 juin 2007, au cours d'un déménagement, l'assuré a chuté lourdement sur le poignet droit. L'accident a entraîné une déchirure luno-triquétrale droite et une incapacité de travail totale dès cette date, selon rapport initial du 10 juillet 2007 du Dr A _____, de la Permanence de Cornavin.
3. L'employeur a annoncé le cas à l'assureur-accident, ALLIANZ SUISSE, par déclaration du 25 juin 2007.
4. Dans un rapport du 23 janvier 2008, le Dr B _____, chirurgien orthopédique FMH, spécialiste en chirurgie de la main, a notamment conclu à une instabilité médio-carpienne au niveau du poignet droit ainsi qu'à l'existence d'une lésion ligamentaire pyramido-lunaire, confirmée par l'arthro-scanner. Le risque évolutif de ce type de lésion était une arthrose radio-carpienne, raison pour laquelle il a proposé de réaliser une arthrodèse pyramido-lunaire. Ce type d'arthrodèse s'exposait cependant à plusieurs problèmes et il était très difficile de donner une garantie de fusion et de bons résultats. Le Dr B _____ a estimé que, s'agissant du poignet dominant du patient, une adaptation ou un reclassement professionnel devait très probablement être envisagé.
5. Le 8 avril 2008, l'assuré a subi une opération à l'Hôpital de La Tour, pratiquée par le Dr B _____, à savoir une arthrodèse pyramido-lunaire avec greffon cortico-spongieux au dépend du radius, résection du nerf interosseux postérieur.
6. Dans un courrier du 2 septembre 2008 au groupe ALLIANZ SUISSE, le Dr B _____ a indiqué qu'il avait été amené à prendre en charge le patient à partir du 10 janvier 2008 et précisé que cinq mois après son intervention, "les radios objectivent une fracture de matériel au niveau d'une vis mais une consolidation avec cliniquement une absence d'instabilité médio-carpienne". Il a ajouté "qu'en ce qui concerne la force, elle devrait se récupérer sur une période de 6 mois à 1 an". Aucun traitement particulier n'a été proposé, au profit de recommandations pour un reclassement professionnel. Une reprise d'activité à 100% était suggérée pour le 1^{er} octobre 2008, ce qui laissait le temps à l'assuré pour organiser au plus vite le dossier de l'AI pour une formation et un reclassement, éventuellement une expertise pour la détermination d'une rente.
7. L'assuré n'a pas pu reprendre d'activité en octobre 2008, en raison des limitations fonctionnelles et des vives douleurs à son poignet droit.

8. Le 21 octobre 2008, l'assuré a consulté le Dr C_____, chirurgien de la main FMH. Le précité a prescrit la poursuite de l'arrêt de travail à 100% jusqu'au 31 décembre 2009 et a proposé au recourant une intervention chirurgicale avec ablation du matériel d'ostéosynthèse et du scaphoïde, et arthrodèse médiocarpienne selon la technique dite des "quatre coins". À teneur du rapport, l'intervention, initialement prévue pour le 8 janvier 2009 a dû être repoussée à trois reprises et s'est finalement réalisée le 7 mai 2009. Le médecin traitant concluait que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise d'activité professionnelle dans la même activité et un reclassement dans une activité de bureau ou de surveillance était à envisager, le patient souffrant d'une importante limitation fonctionnelle du poignet droit, soit l'impossibilité de soulever une charge supérieure à 10 kg. L'incapacité de travail resterait ainsi de 100% dans l'activité d'aide cuisinier, jusqu'à reconversion professionnelle.
9. Le 16 novembre 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité visant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.
10. Il ressort du rapport d'employeur du 4 décembre 2009 que l'assuré aurait perçu un salaire annuel de 53'274 fr. en 2009, s'il avait poursuivi son activité.
11. Dans un rapport du 5 janvier 2010, le Dr C_____ a repris ses précédentes conclusions. Il a notamment conclu à une incapacité de travail de 100% dès le 17 juin 2007 dans l'activité d'aide-cuisinier. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise d'activité professionnelle dans la même activité et un reclassement dans une activité de bureau ou de surveillance était à envisager. Une reconversion professionnelle était, selon lui, souhaitable car inévitable.
12. Dans un rapport du 15 janvier 2010, la Dresse D_____, médecin du service médical régional (ci- après le SMR) a relevé en substance que l'assuré avait subi une fracture du poignet et arthrodèse en 2007. Depuis lors, il était inapte à porter des charges lourdes supérieures à 10 kg, conformément au rapport du Dr C_____. Sa capacité de travail exigible était de 0% dans l'activité habituelle mais elle était de 100% à partir du 1^{er} janvier 2010 dans une activité adaptée.
13. Le 16 juin 2010, l'OAI a rendu une décision refusant toute prestation en faveur de l'assuré, confirmant ainsi son projet de décision du 31 mars 2010. L'OAI a notamment retenu que le revenu annuel professionnel raisonnablement exigible avec invalidité était supérieur à celui réalisé sans invalidité, en appliquant la méthode de comparaison des revenus. L'OAI a conclu que dans une activité adaptée (simple et répétitive) ne nécessitant pas de diplôme, l'assuré pourrait avoir une capacité de gain supérieure à celle qu'il avait auparavant. Le degré d'invalidité qui en ressortait était nul et n'ouvrait le droit à aucune prestation. L'OAI relevait qu'à la fin du délai de carence (juin 2008), le degré d'invalidité se confondait avec la perte

de gain, soit 100 %, mais constatait que, dès le 1^{er} janvier 2010, l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Or, le versement des prestations ne pouvant intervenir que le 1^{er} mai 2010 au plus tôt - date à laquelle l'assuré ne présentait plus aucun degré d'invalidité - la demande de prestations devait être rejetée.

14. Le 13 août 2010, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent. Sur le fond, le recourant a conclu à l'annulation de la décision rendue par l'OAI le 16 juin 2010 avec suite de frais et dépens, à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité à partir du 1^{er} mai 2010 ainsi qu'au déboutement de l'OAI de toute autre ou contraire conclusion.
15. Dans sa réponse du 8 septembre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours formé par le recourant et à la confirmation de la décision attaquée.
16. Le 3 novembre 2010, les parties ont été citées à comparaître devant le TCAS. Il ressort du procès-verbal de comparution personnelle que le recourant souhaitait travailler dans une activité adaptée. L'OAI, selon un nouvel avis SMR, a admis les dernières conclusions du Dr C_____ concernant les limitations fonctionnelles, à savoir notamment que l'assuré ne devait pas porter de charges supérieures à 5 kg et non plus 10 kg. Le recourant a demandé des mesures de reclassement et une aide au placement. L'OAI a déclaré que le recourant avait droit à une aide au placement et qu'il était à disposition.
17. Dans ses observations du 10 novembre 2010, l'intimé a, en substance, maintenu ses conclusions visant au rejet du recours. L'OAI retenait qu'il ressortait du dossier médical de l'assuré qu'il avait été en incapacité de travail totale depuis juin 2007. Toutefois, dès janvier 2010, il avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit l'impossibilité pour l'assuré de porter des charges supérieures à 5 kg. L'OAI a notamment réexaminé le calcul du taux d'invalidité, en particulier l'abattement retenu et a finalement conclu à un abattement de 10%, une réduction supérieure ne se justifiant pas, l'ensemble des facteurs énumérés par le Tribunal fédéral ne pouvant être pris en compte dans le cas d'espèce. Malgré ces modifications, l'assuré présentait toujours un degré d'invalidité de 0% dès janvier 2010.
18. Le 9 décembre 2010, le recourant a informé le TCAS qu'il avait été soumis, le 22 novembre 2010, à une expertise médicale auprès du Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ladite expertise avait été ordonnée par ALLIANZ SUISSE, assureur-accident.
19. Par courrier du 28 décembre 2010, le recourant a communiqué le rapport d'expertise établi par le Dr E_____ en date du 13 décembre 2010. Selon l'expert, l'assuré subissait une limitation fonctionnelle très douloureuse du poignet

droit. L'état somatique du poignet droit de l'assuré était très vraisemblablement en lien de causalité naturelle avec l'accident du 17 juin 2007. Le Dr E_____ a par ailleurs retenu que le patient était totalement inapte à travailler comme cuisinier, même à temps partiel. Un travail de surveillance, tel que celui qui était envisagé par l'AI, semblait tout à fait adapté. De même, selon l'expert, si le poste de travail était bien adapté, un rendement complet pouvait être envisagé. Une intervention chirurgicale était proposée afin d'espérer, au mieux, une diminution des douleurs et une augmentation de l'habileté manuelle de la main droite. Néanmoins, avec ou sans l'intervention chirurgicale, le patient pourrait être considéré apte à reprendre une activité professionnelle adaptée, pour autant qu'elle ne nécessite pas d'efforts ni de mouvements répétitifs du poignet droit. L'atteinte à l'intégrité était de 15 %.

Le recourant a conclu dès lors à une orientation professionnelle et des mesures de reclassement dans une nouvelle profession.

20. Le 10 janvier 2011, l'intimé, se référant à l'avis de la Dresse F_____ du SMR, a confirmé ses précédentes conclusions. Se référant au rapport d'expertise établi par le Dr E_____ le 13 décembre 2010, le SMR estime que ledit rapport allait dans le sens de ses propres constatations, soit une incapacité de travail totale en tant que cuisinier et l'impossibilité dans le futur, malgré un traitement adéquat, de reprendre une activité professionnelle de cuisinier nécessitant des efforts et une utilisation répétitive du poignet droit. Enfin, à teneur de l'expertise, l'assuré était tout à fait capable de reprendre une activité adaptée pour autant qu'elle ne nécessite pas d'effort ni mouvement du poignet droit.
21. Par courrier du 17 février 2011, le recourant a demandé qu'il soit retenu qu'avant de conclure à sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée, une intervention chirurgicale était nécessaire.
22. Le 8 mars 2011, l'intimé a maintenu la position développée dans ses précédentes écritures, estimant que l'expert avait confirmé les conclusions du SMR, dans le cadre de son expertise du 13 décembre 2010.
23. Le 22 mars 2011, la Cour de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. a) La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, 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, 335 consid. 1.2 notamment). Il y a lieu de rappeler à cet égard que les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité et de la méthode de comparaison des revenus contenues dans la LPGA correspondent aux notions figurant précédemment dans la LAI telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATF 130 V 343).

La LPGA dans sa teneur actuelle est donc applicable en l'espèce, dès lors que la demande de prestations et la décision litigieuse sont postérieures à cette date (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Par ailleurs, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

b) S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68 quater entré en vigueur rétroactivement le 1^{er} juillet 2007), il convient de relever que du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid 1.2; 169 consid 1; 356 consid.1 et les arrêts cités).

La cinquième révision a modifié les règles relatives à la naissance du droit à la rente, qui, pour autant que les conditions du droit soient réunies (art. 28 al. 1 LAI), prend naissance 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 (cf. ATF non publié du 28 août 2008, 8C_373/08, consid. 2.1).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement le droit à une rente d'invalidité ou encore à des mesures de réadaptation.
5. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Quant à l'incapacité de gain, l'art. 7 LPGA la définit comme toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

D'après 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). 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 ; ATFA non publié I 554/01 du 19 avril 2002,).

Ainsi, 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 aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, nouvelle teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), au terme de cette année, il est invalide (art. 8

LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'alinéa 2 de la disposition précitée dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

La cinquième révision AI a par ailleurs modifié les règles relatives à la naissance du droit à la rente. En effet, selon l'art. 29 al. 1 LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. Toutefois, en dérogation à l'art. 29 al. 1 nLAI, dans les cas où le début du délai d'attente d'un an a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 et a échoué dans l'année 2008, les anciennes dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 sont applicables et la rente peut être versée dès que l'année d'attente est achevée, pour autant que la demande soit déposée le 31 décembre 2008 au plus tard (cf. lettre-circulaire n° 253 de l'OFAS, du 12 décembre 2007, La 5^{ème} révision de l'AI et le droit transitoire).

6. 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 TF a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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 sont 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Aussi, lorsque, 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. 3b/bb et cc).

7. En l'espèce, se trouvent au dossier des rapports des médecins traitants, notamment des Dr B _____, chirurgien orthopédique FMH, spécialiste en chirurgie de la main, Dr C _____, chirurgien de la main FMH, des rapports de la Dresse D _____, médecin SMR ainsi qu'une expertise réalisée à la demande de l'assureur-accidents par le Dr E _____ le 13 décembre 2010. Il convient de déterminer leur valeur probante, en particulier de l'expertise du 13 décembre 2010.

L'expert, mandaté par l'assureur-accident du recourant, a posé une anamnèse détaillée, il a pris en compte les plaintes de l'expertisé, s'est livré à une discussion et a répondu de manière claire et circonstanciée aux questions qui lui étaient posées, notamment s'agissant du diagnostic et de la capacité de travail. Enfin, ses conclusions sont motivées et dépourvues de contradiction. Partant, cette expertise répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer pleine valeur probante. Quant aux rapports des médecins traitants, leur valeur probante ne saurait être remise en question, ce que ne fait d'ailleurs pas le recourant. En effet, que ce soit l'expert ou les chirurgiens, tous s'accordent à dire que le patient se trouve totalement inapte à travailler dans sa profession antérieure à savoir comme aide-cuisinier, même à temps partiel, depuis son accident du 17 juin 2007. Par contre, la reprise d'une activité à 100% est admise à partir du 1^{er} janvier 2010 par tous les intervenants, pour autant que celle-ci soit adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, soit l'impossibilité de soulever des charges de plus de 5 kg, pas d'efforts ni de mouvements répétitifs du poignet droit.

Les rapports du médecin SMR ne font, en définitive, que reprendre les constatations et diagnostics posés par les chirurgiens et expert. En effet, les avis du SMR ne constituent pas des examens médicaux sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI mais des rapports au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. De tels rapports ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués par le SMR lui-même mais

doivent contenir les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ont de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPGA. En définitive, ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes.

En réalité, le recourant lui-même ne conteste pas la possibilité de retrouver une activité professionnelle adaptée; tout au plus estime-t-il indispensable de subir une intervention chirurgicale au préalable. Or, l'expertise du 13 décembre 2010, dont la valeur probante n'est pas litigieuse, est claire sur ce point : une nouvelle intervention chirurgicale ne permettrait d'espérer, au mieux, qu'une diminution des douleurs et une augmentation de l'habileté manuelle de la main droite. Ainsi, avec ou sans l'intervention chirurgicale, le patient pourrait être considéré apte à reprendre une activité professionnelle adaptée, pour autant qu'elle ne nécessite pas d'efforts ni de mouvements répétitifs du poignet droit.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 17 juin 2007 et qu'à compter du 1^{er} janvier 2010, il est capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques.

Il s'ensuit qu'à l'issue du délai d'un an, à savoir en juin 2008, le degré d'invalidité du recourant était de 100 % et se confondait avec l'incapacité de travail, dès lors qu'il était totalement incapable de travailler dans quelque activité que ce soit (cf. art. 28 al. 1 LAI). Ce degré d'invalidité ouvre droit, en principe, à une rente entière d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

Force est cependant de constater que le recourant a déposé sa demande de prestations en novembre 2009, de sorte qu'il ne peut bénéficier de la dérogation prévue pour les cas où, comme en l'espèce, le début du délai de carence a débuté en 2007 et est parvenu à échéance en 2008. Ainsi, c'est l'art. 29 al. 1 LAI qui s'applique. Il s'ensuit que le droit à une éventuelle rente d'invalidité ne pouvait prendre naissance en principe que le 16 mai 2010 seulement, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations.

Cela étant, compte tenu d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis janvier 2010, il convient maintenant de déterminer le degré d'invalidité du recourant depuis cette date, afin de savoir si en mai 2010 le recourant peut toujours prétendre à une rente. En effet, selon l'art. 88a RAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on

peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon la jurisprudence, la décision d'octroi d'une rente avec effet rétroactif qui, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid.).

8. Il n'est pas contesté qu'avant l'atteinte à la santé, le recourant exerçait une activité lucrative. Par conséquent, il convient d'évaluer le degré d'invalidité du recourant en procédant à la comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI, teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

Selon la jurisprudence, ce sont les circonstances qui prévalaient au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente qui sont déterminantes pour procéder à la comparaison des revenus. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés au même moment; les modifications de 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). Le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé en fonction du gain que l'assuré réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, soit généralement du dernier salaire réalisé par l'assuré avant la survenance de son invalidité (RAMA 1993 n° U 168 p. 101, consid. 3b et les références).

Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique. Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tables statistiques (enquête sur la structure des salaires, ESS) publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) tous les deux ans. S'agissant des statistiques, on se référera aux salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321). En règle générale, il convient de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne total du tableau récapitulatif au "secteur privé" (ATF 124 V 321 consi. 3b/aa p.323). Cette solution est en particulier justifiée lorsque la personne assurée ne pourra plus exercer son activité habituelle et qu'elle est tenue de trouver un emploi dans un nouveau domaine d'activité, l'intégralité du marché du travail étant ainsi à sa disposition (arrêt 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 et 5.2, non publiés aux ATF 133 V 545).

Est déterminante en l'occurrence pour la comparaison des revenus et le calcul du degré d'invalidité, l'année 2010, soit le moment où le recourant présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

S'agissant du revenu d'invalidé, c'est à tort que le recourant exige de l'intimé qu'il se réfère à la grille des salaires minimum de la CCT de l'Union industrielle genevoise et du syndicat UNIA pour 2009. En effet, il s'agit là de salaires que doivent, à minima, pratiquer les employeurs à l'égard de leurs employés et non de données statistiques résultant d'enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb p.76; arrêt I 428/ 06 du 25 mai 2007). Ainsi, et dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité lucrative depuis la survenance de son accident le 17 juin 2007, il sied de se référer aux données statistiques résultant des Enquêtes sur la structure des salaires (ESS) ESS, pour déterminer le revenu réalisable avec invalidité. 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). Dans ce contexte, il a été jugé que la réduction des salaires issus des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, 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 a, dans le cas concret, adopté 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 des assurances sociales 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).

Compte tenu de l'activité légère de substitution, on se référera au salaire statistique auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples, à savoir 4'806 fr. par mois ou 57'672 fr. par an en 2008 (dernières statistiques : ESS 2008, tableau TA1, niveau de qualification 4). Il y a lieu d'adapter ces chiffres à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (derniers chiffres connus) soit 2,1% au total pour un homme dans une activité ne nécessitant pas de formation particulière (OFS, indice des salaires nominaux pour les hommes, tableau TA1), ce qui représente un montant annuel de 58'883 fr. (57'672 + 2.1%). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2009 (41, 7 heures hebdomadaires selon OFS, durée normale de travail dans les entreprises), ce montant doit être adapté et porté à un montant annuel de 61'330 fr. (58'883 : 40 x 41,7). Dans la mesure où ce montant représente le salaire annuel brut pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles

particulières, force est d'admettre que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations physiques éprouvées par le recourant, conformes aux aptitudes de celui-ci.

L'intimé a retenu un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles du recourant, étant rappelé que la réduction maximale est de 25%. Compte tenu des circonstances personnelles, notamment le fait que l'assuré est encore jeune et qu'il ne présentait que quelque mois de service auprès de son dernier employeur, ce pourcentage paraît adéquat. Après déduction de l'abattement de 10% retenu par l'intimé, le revenu d'invalidité s'établit à 55'197 fr.

S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du formulaire rempli par l'employeur que le salaire annuel pour 2009 se serait élevé à 53'274 fr., si le recourant avait pu poursuivre son activité.

Par conséquent, force est de constater que depuis le 1^{er} janvier 2010, le degré d'invalidité du recourant doit être considéré comme nul. En application de l'art. 88a al. 1 RAI, dès le 1^{er} avril 2010, la rente entière d'invalidité aurait dû être supprimée.

Cela étant, même si l'abattement était porté à son maximum, soit 25%, le degré d'invalidité du recourant n'atteindrait, en janvier 2010, que 14% et n'ouvrirait pas le droit à une rente (7'276 fr.50 / 53'274 fr. x 100) au sens de l'art. 28 LAI.

Au vu des explications qui précèdent et dans la mesure où le versement des prestations d'assurance ne peut débuter que le 1^{er} mai 2010 (soit six mois après le dépôt de la demande de prestations de novembre 2009), le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité.

9. Enfin le recourant conclut à l'octroi de mesures de reclassement et d'une aide au placement. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 3 novembre 2010, l'intimé s'est déclaré d'accord avec une aide au placement à condition qu'une demande écrite et motivée lui soit présentée (observations de l'intimé du 10 novembre 2010).

Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) (let. b), des mesures de formation scolaire spéciale (let. c), l'octroi de moyens auxiliaires (let. d) et l'octroi d'indemnités journalières (let. e).

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266).

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1^{er} LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre à des mesures de réadaptation. 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).

En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). L'OCAI a d'ailleurs relevé à ce sujet la nécessité d'un degré d'invalidité reconnu. Quant à la question de l'orientation professionnelle, l'art. 15 LAI prévoit que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. Cette disposition suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt [du Tribunal fédéral des assurances] I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 206; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, ad Art. 15 IVG).

10. En l'espèce, il a été démontré précédemment que la diminution de la capacité de gain du recourant n'atteint pas le seuil des 20% requis pour que des mesures de

reclassement soient envisagées. C'est donc à juste titre que l'intimé a nié le droit au reclassement.

En revanche, des mesures d'orientation professionnelle doivent être admises au recourant qui, selon toute vraisemblance, rencontre d'importantes difficultés à se déterminer sur l'adéquation d'une activité ou d'une autre à son handicap, sa volonté de reprendre une activité lucrative ne faisant aucun doute. Par ailleurs, concernant l'aide au placement, la Cour de céans invite le recourant à présenter une demande en ce sens à l'intimé, lequel, rappelons-le s'est montré disposé à y donner suite.

Eu égard à ce qui précède, le recours du 13 août 2010 sera partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé dans le sens des considérants.

11. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé. Par ailleurs, le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement dans le sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une mesure d'orientation professionnelle, au sens des considérants.
4. Confirme la décision de l'intimé du 16 juin 2010 pour le surplus.
5. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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