

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2866/2013

ATAS/151/2014

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 février 2014

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur S _____, domicilié à VERNIER

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur S_____, né en 1976, originaire du Kosovo, en Suisse depuis le 21 juin 1999, a déposé le 21 février 2011 une demande auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI), dans le but de préserver ses droits à d'éventuelles prestations de la loi sur l'assurance-invalidité, alléguant souffrir d'une déchirure du ménisque du genou droit survenue le 6 mai 2010.
2. L'assuré travaillait au service de la société X_____ SA en qualité de carreur à plein temps depuis le 2 janvier 2003. Il a été victime d'un accident le 3 mai 2010, glissant sur une poutre en bois et tombant de sa hauteur sur son genou droit. Lors de la réception, l'extérieur du genou a heurté un panneau de coffrage. Une IRM du genou droit a été réalisée le 20 mai 2010 à l'Hôpital de La Tour. Le diagnostic retenu a été celui d'une déchirure horizontale du ménisque externe avec un ménisque épaissi dans le cadre d'une contusion. Il a été opéré d'une arthroscopie avec reshaping méniscal externe et régularisation de la languette du ménisque externe le 23 novembre 2010. Le cas a été pris en charge par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS - SUVA (SUVA).
3. Une reprise de travail à mi-temps a été tentée le 14 mars 2011. Un travail de lissage et de crépissage de murs lui avait été confié, soit une activité qui se déroule toujours debout. L'assuré n'a toutefois pu travailler qu'une demi-journée.
4. Dans un rapport du 7 janvier 2011, le Docteur A_____, chef du service de chirurgie orthopédique et traumatique de l'appareil moteur des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), a indiqué que l'évolution était défavorable avec persistance de douleurs au genou et boiterie. L'incapacité de travail est entière et l'activité exercée n'est plus exigible, l'assuré ne pouvant plus mettre le genou à terre. Selon le médecin, on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle actuellement.
5. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR), dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur, du 5 au 27 juillet 2011, pour une rééducation intensive et une évaluation professionnelle pour « gonalgies droites persistante dans les suites d'une entorse du genou droit survenue le 3 mai 2010 avec épanchements et gonalgies persistantes ». L'arthroscopie réalisée le 23 novembre 2010 l'a été en raison d'une réponse défavorable au traitement conservateur. Lors de l'intervention, il a été relevé l'aspect discoïde du ménisque interne qui a été retaillé. Il a été constaté que « l'évaluation des capacités fonctionnelles montre un score de 32 au questionnaire PACT avant la réalisation des différents tests, ce qui est extrêmement bas et correspond à un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu du résultat réalisé au cours de l'évaluation, on peut relever que l'assuré sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. Au vu de nombreuses autolimitations, la volonté de donner le maximum aux différents

tests a été insuffisante et le niveau de cohérence durant l'évaluation faible. Plusieurs discordances ont été relevées par l'observateur. L'évaluation ne traduit donc que le niveau d'effort auquel le patient a bien voulu consentir. Le niveau d'effort fourni au cours de l'évaluation a été léger. (...) La participation à l'atelier professionnel a été qualifiée de médiocre avec un comportement démonstratif, se déplaçant avec une forte boiterie et ne maintenant pas la position assise au-delà de trente minutes, en mettant parfois prématurément un terme aux activités en raison de douleurs. Dans ces conditions, il n'est pas possible de se prononcer sur la possibilité de reprise de son activité professionnelle de carreleur, ni de préciser les limitations fonctionnelles. On peut toutefois noter que les plaintes et le handicap fonctionnel avancés par le patient sont très largement au-delà de ce que l'on peut attendre après le type d'intervention réalisée le 23 novembre 2010, et dépassent largement le champ du domaine purement biomédical. Il est donc difficile de justifier du point de vue biomédical la poursuite à long terme d'une incapacité de travail ».

Du point de vue psychiatrique, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée a été constaté. Les facteurs de mauvais pronostics ont été considérés comme étant élevés (focalisation sur la douleur et comportements d'autolimitations par peur de la douleur entre autres).

Une incapacité de travail totale dans la profession actuelle de carreleur a finalement été retenue du 5 juillet au 26 août 2011.

6. Une IRM du genou a été réalisée le 14 juin 2011. Il a été constaté une « lésion de grade II étendue de la corne postérieure du ménisque interne sans critère de déchirure, un status post-résection méniscale partielle aux dépens du corps du ménisque externe, la persistance d'une image du clivage horizontal de la corne antérieure et du corps du ménisque externe par ailleurs, à confronter aux anciens clichés pour juger d'une potentielle évolution, un œdème de la graisse pré-fémorale distale compatible avec un impingement au niveau de cette dernière ».

Le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr B_____, psychiatre, a examiné l'assuré le 14 mars 2012. Des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée ont été retenus, bien que l'atteinte psychique ne soit pas à l'origine d'une incapacité de travail, et ne compromette pas non plus la mise en place d'une réadaptation professionnelle qui serait éventuellement nécessaire en fonction de l'évaluation orthopédique.

Le médecin a mis un aspect « saillant » en évidence lors de cette consultation, « qui est non seulement de mauvais pronostic pour le futur, mais qui a aussi une part non négligeable de responsabilité dans la mauvaise évolution observée et l'extrême focalisation de l'assuré sur son genou, les symptômes qui y sont localisés, avec déjà le développement de comportements d'invalides, comme par exemple, le fait de limiter toute activité physique ou encore de renoncer totalement au sport. Pour contrer le processus de régression, invalidation en cours, il s'agit à mon avis de

remobiliser le plus rapidement possible l'assuré autour d'un projet de réadaptation, si son métier d'origine ne s'avère plus possible ».

7. Un bilan final a également été effectué en matière orthopédique par le Dr C_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

Il a examiné l'assuré le 20 février 2012 pour un bilan final. Le médecin a constaté que l'état actuel était « marqué par des douleurs résiduelles du compartiment externe, dont la persistance et l'impact invalidant ne s'expliquent pas par les constatations objectives ressortant notamment de l'observation stationnaire à la CRR. Ce tableau évolutif, corroboré par les constatations de ce jour, permet de suspecter l'influence de facteurs non organiques, ainsi que de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, dont l'adéquation avec l'accident reste à démontrer. Dans l'état, les troubles résiduels du genou relèvent de mesures symptomatiques et d'un suivi médical espacé à long terme. On ne peut en effet exclure une évolution dégénérative à long terme, secondaire à la lésion méniscale. Sur le plan professionnel, le pronostic d'un retour durable vers une pleine capacité dans une activité de carreleur paraît réservé. Le déconditionnement chez un assuré n'ayant pratiquement plus travaillé depuis bientôt deux ans, constitue un premier facteur défavorable. Des facteurs non organiques, d'ordre psychologique, semblent également impacter sur la motivation effective de cet assuré, à en juger notamment par les conclusions ressortant de l'observation stationnaire effectuée à la CRR. On ne peut cependant exclure la persistance de quelques troubles irritatifs rebelles du comportement externe, ni une évolution dégénérative future du compartiment externe du genou à moyen ou à long terme après la lésion méniscale pouvant justifier de mesures de reclassement professionnel dans une activité mieux adaptée que celle de carreleur. Une pleine capacité serait en effet exigible sur le plan somatique dans toute activité n'exigeant pas les déplacements en terrain irrégulier, ni la position accroupie ou à genou prolongée ».

8. Par courrier du 13 avril 2012, la SUVA a informé l'assuré que selon son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Aussi mettait-elle fin au paiement des soins médicaux. Constatant qu'il subsistait une capacité de travail résiduelle, elle lui a versé l'indemnité journalière calculée sur la base d'une incapacité de travail de 100% jusqu'au 31 juillet 2012, afin de lui permettre d'entreprendre par ses propres moyens ou avec le concours de l'AI, des démarches pour trouver un poste de travail adapté.
9. Dans une note du 20 décembre 2012, le médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a pris connaissance des examens des Drs B_____ et C_____, et considéré qu'il convenait de retenir comme date de début de réadaptation la date de sortie de la CRR, et considéré que des mesures de réadaptation professionnelle si possible étaient à mettre en place au plus vite.

10. L'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité sur la base d'un revenu annuel brut sans invalidité réactualisé de 63'576 fr., et d'un revenu annuel brut avec invalidité de 55'560 fr., compte tenu d'une réduction supplémentaire de 10% et d'un temps raisonnablement exigible de 100% sans diminution de rendement. Le degré d'invalidité obtenu est de 12,61%.

Pour le revenu sans invalidité, l'assuré avait réalisé un salaire de 61'263 fr. pour 2008, ce qui correspond à 63'576 fr. pour 2011. Pour le revenu avec invalidité, l'OAI s'est fondé sur l'enquête suisse sur la structure des salaires 2011, pour une activité simple et répétitive dans le domaine d'activité 4 pour un homme.

11. L'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision le 28 février 2013, aux termes duquel le droit à la rente d'invalidité, ainsi que la mise en place de mesures professionnelles, lui étaient refusés.

12. Par décision du 12 mars 2013, la SUVA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 655 fr. 25 par mois dès le 1^{er} août 2012, tenant compte d'une incapacité de gain de 12%.

13. Par courrier du 18 mars 2013, l'assuré a contesté le projet de décision du 25 février 2013, alléguant souffrir toujours de douleurs.

14. Le 12 juin 2013, le Dr D_____, médecin traitant, a attiré l'attention de l'OAI sur le fait que la lésion du ménisque avait bien été reconnue, tant par le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, que par le Dr R. F_____ (HUG), et qu'une opération aurait éventuellement pu améliorer les symptômes, mais avec un risque élevé d'arthrose plus tard, de sorte que l'assuré s'était prononcé contre une telle intervention. Le Dr D_____ souligne que selon le Dr E_____, l'assuré est apte à travailler dans une profession adaptée, mais avec des restrictions importantes. Il estime « qu'une contribution, même minime de la part de l'AI, aurait un effet bénéfique pour l'assuré qui se sentirait un peu mieux compris, et ceci augmenterait les chances pour une réinsertion professionnelle durable ». Le Dr D_____ a joint à son courrier ceux des Drs E_____ et F_____, respectivement des 6 juin 2013 et 29 avril 2013. Le Dr E_____ a plus particulièrement indiqué que pour évaluer la capacité de travail sur un handicap chronique du genou, il fallait tenir compte du fait que les efforts étaient entravés, en accroupissement, en charge, à genou, lors de la montée et la descente d'escaliers, d'échelles et d'échafaudages, lors de stations debout de longue durée et de longues déambulations. Il existerait par contre une série d'activités sédentaires avec emploi même en force des membres supérieurs, de type manutention légère, contrôle, travail sériel dans l'industrie, etc. avec dans le cadre de ce type d'emploi une capacité de 100%.

15. Le 12 juin 2013 également, le Dr G_____, psychiatre, a confirmé que l'assuré présentait toujours une symptomatologie dépressive sévère et que sa situation physique, notamment au niveau du genou droit, et sociale, est probablement un facteur important dans l'entretien de son épisode dépressif.

16. Dans une note du 18 juin 2013, le médecin du SMR a indiqué que la consultation du 17 avril 2013, tout comme l'IRM aux HUG ne changeait rien aux conclusions précédentes. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Les conclusions restaient les mêmes.
17. Par décision du 7 août 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision.
18. L'assuré a interjeté recours le 7 septembre 2013 contre ladite décision. Il ne comprend pas pourquoi l'OAI a procédé à son calcul d'invalidité, en se basant uniquement sur la comparaison des gains. Il reproche dès lors à l'OAI de ne pas prendre en considération son état de santé et relève du reste que même les médecins du SMR ont constaté que sa capacité de travail exigible était nulle et de 100% dans une activité adaptée. Il conclut dès lors à ce qu'il soit ordonné une nouvelle expertise médicale afin que son état de santé actuel soit évalué.
19. Dans sa réponse du 7 octobre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il constate qu'il ressort clairement de l'analyse des documents médicaux figurant au dossier effectuée par le SMR dans ses rapports des 20 décembre 2012 et 29 juillet 2013, que l'assuré présente une capacité de travail résiduelle entière avec des limitations fonctionnelles. Selon l'OAI, une expertise ne se justifie pas, le dossier contenant suffisamment d'indications médicales fiables.
20. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause 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 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. Interjeté en temps utile, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité ou à des mesures de réadaptation professionnelle, et plus particulièrement sur son degré d'invalidité.
4. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid.

2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

5. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient 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). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (ATF non publié 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

6. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1^{er} LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'ATF non

publié 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. ATF non publié 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

7. 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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
8. 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. 28a al. 1 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).

9. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).
10. 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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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 351 consid. 3b/ee).

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/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).

11. 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).
12. 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; ATF 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).

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). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de

travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité 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).

13. En l'espèce, l'OAI, se fondant plus particulièrement sur les rapports des Drs C_____ et B_____, a admis que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité de carreur, mais a considéré qu'il était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit dans toute activité n'exigeant pas de déplacements en terrain irrégulier, la position accroupie ou à genou prolongée, étant précisé que sur le plan psychiatrique, aucune atteinte n'avait d'influence sur la capacité de travail.

14. L'assuré a recouru contre la décision lui refusant tant la rente que les mesures de réadaptation professionnelle. Il reproche à l'OAI de ne pas prendre en considération son état de santé, et de ne se fonder que sur sa capacité de gain.

Il résulte toutefois de ce qui précède que l'invalidité, au sens de la LAI, est l'incapacité de gain résultant d'une atteinte à la santé. Aussi l'OAI, en procédant au calcul du degré d'invalidité sur la base des revenus avec et sans invalidité, a-t-il pris en considération l'état de santé de l'assuré.

15. Les rapports des Drs C_____ et B_____ ont valeur probante. Ils ont en effet procédé à des examens cliniques et ont pris des conclusions claires, qu'ils ont pris soin de motiver de manière convaincante. Les observations faites dans le cadre du séjour à la CRR ne sont pas contradictoires.

16. Rien au dossier ne permet de remettre en cause les conclusions du Dr C_____. Le médecin traitant ne fait état d'aucun élément qui aurait été ignoré par lui. Il se borne à rappeler que l'état de santé de l'assuré ne lui permet plus d'exercer son activité de carreleur, ce qui n'est pas contesté. Il admet qu'il peut en revanche exercer une activité adaptée. Le Dr E_____, auquel il a fait appel, a confirmé que l'assuré était apte à travailler dans une profession adaptée, compte tenu de restrictions importantes. Il considère ainsi qu'il existerait une série d'activités sédentaires, avec emploi même en force des membres supérieurs, de type manutention légère, contrôle, travail sériel dans l'industrie, etc., que l'assuré pourrait exercer à plein temps. Le médecin traitant s'est par ailleurs borné à déclarer « qu'une contribution, même minime de la part de l'AI, aurait un effet bénéfique pour lui ».

17. La Chambre de céans considère, au vu des pièces du dossier et des rapports concordants des médecins, qu'elle est suffisamment renseignée en l'état.

Il se justifie dès lors de retenir une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée.

18. Reste à déterminer le degré d'invalidité.

19. L'OAI s'est fondé sur un revenu sans invalidité de 63'576 fr. et un revenu avec invalidité de 55'560 fr. Il a tenu compte d'une réduction supplémentaire de 10%.

Il est vrai que le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé de l'appréciation faite par l'OAI.

Dans le cas d'espèce toutefois, la Chambre de céans constate que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr C_____ portent sur les déplacements en terrain irrégulier, la position accroupie ou à genou prolongée, alors que le Dr E_____ a considéré que les efforts étaient également entravés lors de la montée et descente d'escaliers, d'échelles et d'échafaudages, lors de stations debout de longue durée et de longues déambulations. De plus, le Dr C_____ a relevé que « le déconditionnement chez un assuré n'ayant pratiquement plus travaillé depuis bientôt deux ans, constitue un premier facteur défavorable. Des facteurs non

organiques, d'ordre psychologique, semblent également impacter sur la motivation effective de cet assuré, à en juger notamment par les conclusions ressortant de l'observation stationnaire effectuée à la CRR ».

La question de savoir s'il conviendrait dans ces conditions de tenir compte d'un taux de réduction supérieur aux 10% retenus par l'OAI peut toutefois rester ouverte, dans la mesure où, même si l'on tenait compte d'un taux d'abattement de 15%, le degré d'invalidité que l'on obtiendrait n'atteindrait pas 20%.

Force dès lors est de constater que le degré d'invalidité de 13% (ou de 19%) n'est pas suffisant pour justifier l'octroi d'une rente ou la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle.

20. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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