

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/873/2011

ATAS/365/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mars 2012

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur C_____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre GABUS

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 C_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1958, sans formation professionnelle, a travaillé en Suisse en tant que maçon auprès de X_____ S.A. dès avril 2001.
2. En octobre 2004, l'assuré a ressenti des douleurs au niveau de l'épaule gauche (côté dominant) en saisissant une poutrelle de 40 kg, entraînant une incapacité de travail totale attestée par le Dr L_____ du Département de chirurgie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG).
3. Dans ses rapports des 24 juin et 1^{er} juillet 2005, le Dr M_____, spécialiste FMH en radiologie, a constaté à l'épaule gauche une tendinopathie du sus-épineux avec une déchirure longitudinale entièrement intra-tendineuse sans signe de perforation. L'assuré présentait également une discopathie dégénérative de L3-L4 avec protrusion discale extra-foraminale droite en contact avec la racine émergente droite, ainsi qu'une hernie discale paramédiane droite à large base de type sous-ligamentaire avec protrusion discale foraminale et extra-foraminale droite de L3-L4.
4. Par rapport du 3 octobre 2005, le Dr N_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et médecin conseil de CMBB, assureur d'indemnités journalières en cas de maladie, a rappelé les conclusions des examens radiologiques précités. Selon ce médecin, l'arrêt de travail était encore justifié mais l'assuré devait absolument se prendre en charge, notamment en effectuant des exercices pour son dos et en consultant un rhumatologue.
5. Dans son rapport du 8 novembre 2005, le Dr O_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a indiqué que cliniquement, il avait retenu des limitations fonctionnelles claires en abduction, élévation et rotation interne du bras gauche. L'examen radiologique effectué en juin 2005 avait montré une déchirure longitudinale intra-tendineuse, plutôt inhabituelle. Selon le Dr O_____, cette constatation pouvait expliquer les symptômes chez ce travailleur de force. Il proposait que l'assuré soit examiné par un spécialiste en chirurgie orthopédique.
6. Le 28 novembre 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de L'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après l'OAI), invoquant des douleurs à l'épaule gauche, au genou gauche et au dos.
7. Dans le questionnaire du 10 janvier 2006, l'employeur de l'assuré a indiqué que celui-ci réaliserait un revenu mensuel de 4'751 fr. en 2006 sans atteinte à la santé.
8. Dans son rapport du 22 janvier 2006, le Dr P_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué une tendinopathie

du sus-épineux avec une déchirure longitudinale intra-tendineuse ainsi qu'une discopathie dégénérative et inflammatoire L3-L4 avec hernie discale paramédiane droite. L'incapacité de travail était totale depuis le 26 octobre 2004. L'assuré, gaucher, avait été adressé au Dr Q_____, spécialiste FMH en orthopédie, lequel proposait une intervention chirurgicale, à savoir une acromioplastie avec révision de la coiffe. S'agissant de la capacité de travail résiduelle, il était encore trop tôt pour se prononcer.

9. A la demande de l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie, le Dr R_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a procédé à l'expertise de l'assuré. Dans son rapport du 23 janvier 2006, il a diagnostiqué des douleurs chroniques de l'épaule gauche sur tendinite du sus-épineux sans rupture transfixiante, des gonalgies antérieures gauches et des lombalgies mécaniques sur discopathie L4-L5. A l'examen des épaules, l'expert a constaté une abduction de 180° des deux côtés, une antepulsion de 180° des deux côtés ainsi qu'une rotation externe de 45° des deux côtés. Selon l'expert, il existait des éléments cliniques en faveur d'un conflit sous-acromial de l'épaule gauche corroborant les douleurs annoncées par l'assuré. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Dans une activité adaptée, par exemple en tant que machiniste, l'expert pensait que la capacité de travail pourrait être complète. Enfin, une intervention orthopédique avait été proposée, mais l'expert formulait toutefois quelques doutes quant à l'opportunité de cette dernière au vu du status relativement satisfaisant de l'assuré et des suites parfois difficiles après ce genre d'intervention.
10. Par rapport du 10 février 2006, le Dr Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics de conflit sous-acromial et d'arthrose acromioclaviculaire gauche. Il proposait une acromioplastie, laquelle avait de bonnes chances de succès. Selon ce médecin, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle depuis le 24 novembre 2004 mais tant l'activité de maçon qu'une autre activité étaient exigibles.
11. Par rapport du 1^{er} avril 2006, le Dr O_____ a confirmé les diagnostics de conflit acromioclaviculaire de l'épaule gauche et de déchirure partielle du tendon sus-épineux gauche. En raison des limitations fonctionnelles de l'épaule gauche, l'activité habituelle n'était plus exigible. Après l'opération prévue aux HUG, on pouvait cependant exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité.
12. Dans son rapport du 8 octobre 2006, le Dr P_____ a indiqué que l'assuré avait subi une acromioplastie et une suture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche le 10 août 2006. Il faisait de la physiothérapie de manière intensive pour récupérer une bonne mobilité et prenait des anti-inflammatoires. Dans un avenir proche, l'assuré pourrait certainement envisager un retour au travail, mais il était trop tôt pour se prononcer sur la possibilité d'une reprise du travail de maçon.

13. Par rapport du 9 décembre 2006, le Dr P_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire. Depuis l'opération, il n'y avait aucune amélioration. L'assuré continuait à faire de la physiothérapie et à prendre des anti-inflammatoires. Il présentait encore des douleurs lors de l'abduction, de l'antéflexion et des rotations. L'incapacité de travail était totale dans toute activité et il était encore trop tôt pour se prononcer sur la capacité de travail résiduelle.
14. Par avis du 8 janvier 2007, le Dr S_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (SMR) a indiqué qu'en général, une convalescence de trois à quatre mois était nécessaire après une acromioplastie. Il proposait d'interroger le médecin traitant sur les possibilités de réadaptation dans une activité épargnant l'épaule gauche.
15. A la demande de l'OAI, le Dr P_____ a indiqué en janvier 2007 qu'une réadaptation pouvait être tentée, mais il signalait que l'assuré souffrait toujours de douleurs à l'épaule gauche, malgré l'opération.
16. Dans un avis du 20 mars 2007, le Dr S_____ a préconisé la mise en œuvre de mesures d'orientation professionnelles à 50 % dès le 1^{er} décembre 2006, même si l'assuré souffrait encore de son épaule, étant précisé qu'il convenait d'épargner l'épaule gauche en évitant les charges et les mouvements chez un gaucher.
17. Lors de l'entretien qui a eu lieu le 25 octobre 2007 avec le Service de la réadaptation professionnelle de l'OAI, l'assuré a annoncé qu'il était suivi depuis deux mois par un psychiatre. Il était très sceptique quant à la reprise d'une activité adaptée, considérant qu'il ne pouvait plus utiliser son bras gauche et qu'il ne pouvait rien faire non plus de sa main droite pour cause de maladresse.
18. Par rapport du 4 novembre 2007, le Dr P_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, aucune amélioration n'était observée et l'assuré avait fait d'innombrables séances de physiothérapie sans succès. Le médecin constatait des limitations à l'épaule. Il a précisé que l'abduction était restreinte à 90°, l'antéflexion passive à 180°, l'antéflexion active à 90°. Il ne voyait pas quelle activité adaptée pouvait être proposée à un assuré souffrant de douleurs à l'épaule gauche, qui n'était pas instruit et qui parlait et comprenait mal le français. Un examen médical complémentaire était suggéré.
19. Selon un rapport du 6 décembre 2007 du Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et psychiatre traitant, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient une arthrose acromio-claviculaire gauche (tendinopathie du sus-épineux), des lombalgies sur discopathie L4-L5, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool (utilisation continue) avec aggravation en 2004, ainsi que des gonalgies gauches. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assuré présentait un tabagisme

chronique ainsi qu'une dysthymie dépressive depuis plusieurs années. Ce médecin a indiqué suivre l'assuré depuis le 3 septembre 2007. Il présentait des signes et des symptômes dépressifs sans que cela soit suffisant pour évoquer un état dépressif. Actuellement, l'assuré buvait deux bouteilles de vin rouge par jour. Selon ce médecin, la capacité de travail était totale, avec une diminution de rendement de 50 % dans une activité n'exigeant pas le port de charges trop lourdes.

20. Dans son avis du 15 janvier 2008, le Dr S_____ a relevé que l'alcoolisme et la dysthymie n'étaient pas reconnus comme des maladies invalidantes. C'est donc l'atteinte à l'épaule gauche qui était l'élément déterminant avec un usage limité (côté dominant). Selon ce médecin, le taux de la capacité de travail du recourant allait de 25 à 100 %.
21. Par avis du 16 janvier 2008, le service de la réadaptation professionnelle de l'OAI, se référant à l'avis du Dr S_____ du 15 janvier 2008, a admis une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Il a retenu que l'assuré avait une incapacité de travail de 25 à 50 % dans son activité habituelle dès le mois d'octobre 2004. Dans une activité adaptée, il pouvait travailler à temps complet depuis le mois de décembre 2006. Le revenu d'invalidé se fondait sur le salaire tiré d'activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 (TA1, ligne Total), soit 4'732 fr. par mois ou 56'784 fr. pour 40 heures hebdomadaires, et 59'055 fr. en tenant compte d'une durée hebdomadaire de travail de 41.6 heures. Compte tenu d'un abattement de 10 %, le revenu annuel était de 53'150 fr. La comparaison avec le salaire que l'assuré aurait pu réaliser dans son ancienne activité, soit 61'763 fr. selon les indications ressortant du rapport de l'employeur du 11 janvier 2006, aboutissait à un degré d'invalidité de 13.9 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente ou à des mesures professionnelles sous forme de reclassement.
22. Par projet de décision du 3 mars 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'octobre 2005 à novembre 2006. Dès décembre 2006, à la suite de l'amélioration de son état de santé, l'assuré avait récupéré une capacité de travail entière dans une activité adaptée, de sorte que son degré d'invalidité s'élevait à 14 % dès cette date.
23. Suite à la contestation de l'assuré, l'OAI a demandé au Dr S_____ de préciser quelle était la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Dans un rapport du 30 avril 2008, le Dr S_____ a relevé qu'aucun médecin n'avait fait état de limitations au niveau lombaire. Par ailleurs, une expertise pluridisciplinaire lui semblait inutile dès lors que les affections dont souffrait l'assuré étaient bien définies. De plus, l'expertise du Dr R_____ restait d'actualité puisque selon le Dr P_____, l'état de santé de son patient ne s'était pas modifié. En outre, le Dr C_____ avait fait état d'une diminution de rendement pour des raisons physiques liées au port de charges. Enfin, le Dr S_____ a expliqué que s'agissant du taux de capacité de travail, il avait fait état d'une capacité de travail de 25 à 100 % en fonction du poste occupé : si l'épaule gauche était régulièrement sollicitée, on se

rapprochait du taux inférieur, le taux supérieur s'appliquait en revanche si cette articulation n'était pas ou peu sollicitée.

24. Le 29 mai 2008, l'OAI a alors procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité, en prenant en compte une capacité résiduelle de travail de 63 %, correspondant à la médiane entre 25 et 100 %. Le gain avec invalidité se fondait sur le revenu tiré d'une activité simple et répétitive selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, soit 56'784 fr. par an (4'732 fr. par mois) pour 40 heures hebdomadaires, ce qui correspondait à 60'226 fr. après indexation en 2007 pour une durée moyenne de travail de 41.7 heures. Compte tenu de la capacité de travail de 63 % et d'un abattement de 10 %, le revenu d'invalidité était de 34'148 fr. Le revenu sans invalidité retenu était de 62'836 fr. Le degré d'invalidité découlant de la comparaison des revenus était de 45.7 %.
25. Par nouveau projet de décision du 4 juin 2008, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 27 octobre 2005 au 30 novembre 2006, puis à un quart de rente en vertu d'une invalidité de 46 % dès cette date. Il a retenu que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré dès le 1^{er} décembre 2006, de sorte qu'il avait recouvré une capacité de travail de 63 % dans une activité adaptée dès cette date.
26. Par courrier du 24 juillet 2008, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un avis établi le 18 août 2008 par le Dr P_____. Ce médecin a indiqué que malgré l'opération et les nombreuses séances de physiothérapie, l'assuré souffrait encore de douleurs au niveau de son épaule gauche. Les amplitudes articulaires restaient limitées à 90° pour l'abduction, à 140° pour l'antéflexion et les rotations antérieures et postérieures étaient très restreintes. De plus, l'assuré souffrait toujours de lombalgies basses chroniques provoquées par une hernie discale paramédiane droite L3-L4. Le Dr P_____ ne considérait donc pas l'assuré apte à travailler sur un chantier, même pour y conduire des véhicules.
27. Par décision du 13 novembre 2008, l'OAI a confirmé les termes de son projet.
28. Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le Tribunal), alors compétent, a entendu les parties lors de l'audience du 22 avril 2009. L'assuré a exposé que son état s'était aggravé après son opération. Il s'est dit prêt à suivre un stage d'observation. Il a précisé qu'il avait été suivi pendant plusieurs mois par le Service d'alcoologie des HUG en 2008 mais il ne s'estimait plus handicapé par ces problèmes dans sa vie quotidienne.
29. Le 27 mai 2009, l'assuré a versé à la procédure une attestation établie le 12 mai 2009 par le Dr T_____, médecin interne auprès de l'Unité d'alcoologie des HUG, selon laquelle le recourant avait été suivi du 4 février 2008 au 13 janvier 2009 à raison d'une séance par mois. Il avait bénéficié d'un traitement psychiatrique intégré avec une prise en charge pour un traitement pharmaceutique

arrêté le 11 août 2008. Il était cependant dans le déni et ne voyait pas la nécessité de continuer le suivi.

30. Par arrêt du 18 novembre 2009 (ATAS/1422/2009), le Tribunal a retenu en substance qu'il n'existait pas de rapport médical probant portant sur l'incidence des troubles à l'épaule de l'assuré sur sa capacité de travail après l'acromioplastie subie, alors que les amplitudes articulaires décrites par le Dr P_____ étaient inférieures à celles constatées par le Dr R_____. Le rapport de ce dernier n'était par ailleurs pas décisif puisqu'il était antérieur à l'intervention subie. Les conclusions du Dr P_____ sur la capacité de travail étaient quant à elles insuffisamment motivées, et le Dr C_____ se prononçait sur des affections somatiques, qui ne relevaient pas de son domaine de compétence. S'agissant des conclusions du Dr S_____, elles ne se fondaient pas sur des éléments permettant une appréciation adéquate de la capacité de travail de l'assuré. Le Tribunal a en outre relevé que conformément aux dispositions légales, une amélioration de la capacité de gain d'un assuré modifiait cas échéant son droit à la rente au plus tôt trois mois après ce changement. Dans le cas de l'assuré, qui avait subi une intervention en août 2006 entraînant une convalescence de trois à quatre mois, l'amélioration éventuelle de sa capacité de gain n'était pas survenue avant décembre 2006, et la réduction de la rente ne pouvait dans tous les cas pas prendre effet avant le mois de mars 2007. En conséquence, le Tribunal a admis le recours en ce sens que le droit de l'assuré à une rente entière était prolongé en tout cas jusqu'à février 2007, et a renvoyé le dossier à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise orthopédique afin de déterminer la capacité de travail de l'assuré après l'intervention subie.
31. Le Dr U_____, spécialiste FMH en chirurgie et chirurgie orthopédique, a procédé à l'expertise de l'assuré en date du 9 mars 2010. Dans son rapport du 16 avril suivant, l'expert a résumé le dossier médical de l'assuré. Il a notamment relevé que le résumé d'observation à la suite de l'intervention du 9 août 2006 faisait état de suites opératoires afebriles et sans complication, sans problème particulier lors de la physiothérapie de mobilisation durant le séjour de l'assuré à l'hôpital. L'expert a complété le dossier de l'assuré par des radiographies réalisées le 10 mars 2010 à la Clinique générale Beaulieu, qui n'ont révélé presque aucun changement par rapport à 2003. Le cliché de l'épaule gauche mettait en évidence un status après acromioplastie a minima, un espace sous-acromial un peu rétréci, une sclérose sous-périostée de la grosse tubérosité de l'humérus et une articulation gléno-humérale sans particularité, soit aucune différence significative par rapport aux radiographies réalisées en octobre 2006. L'expert a souligné qu'il avait examiné personnellement toutes les radiographies et relevé certaines erreurs dans les rapports des radiologues, en particulier en ce qui concernait le niveau de la discopathie du rachis lombaire. S'agissant des plaintes de l'assuré, celui-ci a indiqué à l'expert qu'il allait plus mal depuis l'opération. Il avait des douleurs lorsqu'il bougeait son bras et se plaignait d'une mobilité limitée. Il était par ailleurs sensible

aux changements de temps. Il avait également mal dans la région lombaire lorsqu'il restait longtemps assis, moins lorsqu'il était debout. Il n'était plus sous traitement pour son alcoolisme, et consommait deux verres de vin à midi et deux verres le soir ainsi qu'un apéro de temps en temps. L'assuré pensait pouvoir travailler au moins à 50 % dans une activité légère sans port de charges, par exemple en conduisant un véhicule. Lors de l'examen clinique, le Dr U_____ a notamment constaté une mobilité limitée de l'épaule gauche, les amplitudes articulaires atteignant 90° en antépulsion active, 120° en antépulsion passive, 90° en abduction active et passive, et 30° en rotation externe. L'assuré ne présentait en revanche aucune douleur à la palpation. A l'issue du status, l'expert a posé les diagnostics d'irritation de l'épaule gauche sur état dégénératif modéré de la coiffe des rotateurs avec petit conflit sous-acromial à gauche, de status après arthroscopie, de limitation partielle définitive de la fonction de l'épaule gauche, d'état dégénératif du rachis lombaire par discopathie L4-L5 et de status après contusion du genou gauche en 2003. Seuls les diagnostics touchant l'épaule avaient des répercussions sur la capacité de travail. L'expert a souligné que les douleurs de l'assuré à l'épaule étaient relativement minimales, puisqu'elles n'apparaissaient pas lorsqu'il était tranquille et ne nécessitaient pas de traitement particulier. Il existait un état dégénératif marqué L4-L5 au niveau du rachis depuis 2005, qui était certainement antérieur à 2004 mais qui n'avait alors pas empêché l'assuré de travailler et qui ne s'était pas modifié depuis. Les douleurs du genou gauche consécutives à un accident en 2003 n'avaient pas non plus été un obstacle au travail jusqu'en 2004 et cette articulation était sans particularité à l'examen clinique. Si l'assuré déclarait manquer d'endurance et se fatiguer rapidement, ce n'était guère étonnant chez un travailleur de force sans activité depuis six ans. Son état était définitif et une amélioration ne pouvait être espérée. Il restait une limitation de la mobilité de l'épaule, essentiellement à l'antépulsion et à l'abduction actives ainsi que lors de la rotation externe, incompatible avec une reprise du travail comme manœuvre soumis à d'importants efforts et à l'utilisation en force des membres supérieurs. Du point de vue purement médical, une autre activité était cependant possible à plein temps si elle était adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes: pas de port de charges lourdes, pas de travail avec le bras gauche au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements brusques ou de vibrations. L'expert a cité à titre d'exemples une activité de gardien de musée, d'huissier, de livreur ou de garçon de course. Cela étant, l'expert s'interrogeait sur la motivation de l'assuré à reprendre une activité professionnelle, soulignant qu'il était contradictoire de se déclarer apte au travail à 50 % tout en requérant l'octroi d'une rente d'invalidité complète.

32. Par courrier du 10 juin 2010, le Dr V_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin auprès du SMR, a prié l'expert de préciser la date à laquelle l'assuré avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée.
33. Dans sa réponse du 8 juillet 2010, le Dr U_____ a indiqué que l'expérience montrait qu'un état définitif était atteint après une arthroscopie de l'épaule dans les

12 à 18 mois suivant l'opération. Ainsi, l'assuré pouvait être considéré apte au travail vers la fin 2007. Ce spécialiste a néanmoins précisé qu'il s'agissait-là d'une évaluation théorique posée *a posteriori* et qu'il ignorait l'évolution de l'assuré entre l'arthroscopie et son examen médical.

34. Dans son avis du 30 juillet 2010, le Dr V_____ a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 26 octobre 2004 mais complète dans une activité adaptée du 2 mars 2005 au 7 août 2006 selon les constats des Drs W_____ et R_____, rhumatologues, puis à nouveau nulle du 8 août au 30 novembre 2006, de 50 % dès le mois de décembre 2006 selon le médecin traitant et à nouveau totale dès décembre 2007 conformément aux conclusions du Dr U_____.
35. L'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré en date du 23 septembre 2010, et prolongé le droit de l'assuré à une rente entière jusqu'au 28 février 2008, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain constatée par l'expert. Dès cette date, l'assuré présentait un degré d'invalidité de 46 % et avait partant droit à un quart de rente.
36. Sur demande de l'assuré, l'OAI lui a remis une copie complète de son dossier par courrier du 14 octobre 2010.
37. Par courrier du 27 octobre 2010, l'assuré a contesté le projet en affirmant que le taux d'invalidité de 46 % était totalement arbitraire car il ne ressortait d'aucun calcul. Il a de plus sollicité l'octroi de mesures de réadaptation, affirmant qu'il ressortait de l'expertise que de telles mesures étaient indispensables.
38. Le 10 novembre 2010, l'OAI a adressé un nouveau projet de décision à l'assuré recalculant son taux d'invalidité en tenant compte d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès décembre 2007. S'agissant du revenu avec invalidité, l'OAI s'est fondé sur le revenu statistique tiré d'une activité simple et répétitive selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 (TA1, ligne Total), soit 4'732 fr. par mois ou 4'921 fr. en tenant compte d'une durée hebdomadaire de travail de 41.6 heures. Après indexation en 2007, le revenu d'invalidité était ainsi de 60'082 fr. Il était de 54'073 fr. après abattement de 10 %. Le revenu sans invalidité aurait été de 62'836 fr. en 2007 selon les indications de l'employeur du 11 janvier 2006. La comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 13.9 %.
39. Par décision du 18 février 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 27 octobre 2005 au 28 février 2008, date à laquelle le droit à la rente a été supprimé. L'assuré pourrait bénéficier d'une aide au placement sur demande écrite motivée.
40. Par acte du 22 mars 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il conclut, sous suite de dépens, à l'allocation d'une rente d'invalidité au-delà du 1^{er} mars 2008 et à l'octroi de mesures de reclassement. Il allègue que le rapport du

Dr U_____ est lacunaire, ce qui est démontré par le fait que l'OAI a dû requérir des précisions sur la date de l'amélioration. L'expert s'est de plus contenté de mettre en doute les avis constants du Dr P_____ sans aucune motivation. Le recourant affirme que son état de santé s'est dégradé depuis l'opération à l'épaule gauche, ce que le Dr U_____ a reconnu sans en tirer aucune conclusion sur son incapacité de travail. Sa déclaration postérieure sur la survenance d'une amélioration dans les 12 à 18 mois n'est pas motivée et purement théorique. Quant aux critiques sur les erreurs de diagnostic dans la discopathie, le recourant souligne que l'avis de l'expert sur ce point est isolé. Il lui reproche en outre d'avoir exclu une incidence de la discopathie sur sa capacité de travail alors qu'il ne l'a vu qu'une seule fois. L'expertise étant manifestement arbitraire, il convient que la Cour de céans mette en œuvre une nouvelle expertise. S'agissant des différences dans les calculs du degré d'invalidité, qui passent subitement de 46 % à de 13.9 %, elles démontrent que ces taux sont arbitraires car l'intimé ne saurait passer d'un degré d'invalidité de 46 % à un taux de 14 % sans justification objective.

41. Dans sa réponse du 21 avril 2011, l'intimé conclut au rejet du recours. Il conteste avoir agi de manière arbitraire et expose que sa décision se fonde sur les avis du SMR. Il souligne à cet égard que ni ses constatations, ni le dispositif de sa décision ne sont insoutenables. S'agissant de l'octroi de mesures de reclassement, il rappelle qu'il a accordé une aide au placement au recourant. Celui-ci n'en a cependant pas fait la demande, ce qui permet de douter de l'exigibilité subjective d'une telle mesure.
42. Le 29 juin 2011, la Cour des assurances sociales, désormais compétente, a procédé à l'audition des parties. Le recourant a exposé qu'il a tenté de reprendre une activité deux ans auparavant, en faisant la plongée dans un restaurant. Il ne voit toutefois pas quel type d'activité il pourrait exercer. La représentante de l'intimé a expliqué que le degré d'invalidité de 46 % figurant dans le projet de décision du 23 septembre 2010 correspond au calcul du degré d'invalidité effectué en 2008. Le recourant a répété qu'il considère l'expertise lacunaire car le Dr U_____ fixe la reprise du travail selon une appréciation empirique, alors que l'opération a échoué.

La Cour a également entendu le Dr U_____. Ce témoin a répété que la capacité de travail du recourant est complète dans une activité adaptée, et qu'une diminution de rendement dépendrait de l'activité proposée. Du point de vue médical, il n'y a pas de diminution de rendement dans une activité légère. Le témoin a exposé qu'il a considéré la situation stabilisée à fin 2007 en se fondant sur l'ensemble du dossier. Il pense que l'état du recourant est définitif et que celui-ci n'a pas fait tout ce qu'il fallait pour aller mieux, suivant ses séances de rééducation sans réelle motivation. Lors de son examen, la mobilité de l'épaule était inférieure à celle constatée par le Dr R_____ dans son expertise. On peut s'interroger sur l'investissement du recourant dans sa rééducation après l'arthroscopie, mais une rééducation ne servirait désormais probablement à rien. Le Dr U_____ a indiqué qu'il avait eu

l'impression que le recourant n'était pas très motivé pour travailler, ce qui lui avait également semblé ressortir des rapports des Drs N_____, W_____ et R_____. L'estimation selon laquelle l'état définitif est atteint douze à dix-huit mois après l'opération repose sur l'expérience médicale. Le témoin a encore précisé qu'il n'aurait pas préconisé d'arthroscopie.

A l'issue de l'audience, la Cour de céans a impartit un délai à l'intimé pour déposer des observations complémentaires sur le calcul du degré d'invalidité.

43. Dans ses observations du 12 septembre 2011, l'intimé a exposé que le taux d'invalidité de 14 % retenu dans son calcul du 18 janvier 2008 se fondait sur une capacité de travail complète avec un abattement de 10 %, tandis que le degré d'invalidité de 45.7 % mentionné dans le calcul du 29 mai 2008 reposait sur une capacité de travail médiane de 62.5 %, conformément à ce qui avait été retenu par le Dr S_____ dans son avis du 15 janvier 2008. Au vu des résultats de l'expertise mise en œuvre auprès du Dr U_____, l'intimé a transmis un premier projet de décision au recourant se fondant sur un degré d'invalidité de 46 %, basé sur une capacité de travail de 63 % dans une activité adaptée. C'est à la suite des observations du recourant que l'intimé a procédé à une nouvelle comparaison des revenus en tenant compte d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, aboutissant cette fois à un degré d'invalidité de 14 % en tenant compte d'une réduction de 10 % sur le salaire statistique. S'agissant du témoignage du Dr U_____, l'intimé a souligné qu'il n'était pas de nature à modifier les conclusions du SMR. A cet égard, il a joint l'avis du Dr V_____ du 25 août 2011, dans lequel ce médecin a souligné que la date à laquelle l'expert a retenu l'exigibilité d'une activité adaptée ne repose pas uniquement sur la période après laquelle un état définitif est généralement atteint après une arthroscopie de l'épaule mais s'impose également en raison du fait que la mobilité de l'épaule gauche décrite par le médecin traitant le 4 novembre 2007 est similaire à celle constatée par l'expert le 9 mars 2010. S'agissant de l'affection lombaire, les experts ont posé des constats similaires en 2006 et 2010 et ont tous deux conclu à l'absence d'effet incapacitant. Partant, ni l'affection lombaire ni l'état après contusion de genou n'entraînent de limitations fonctionnelles. Il n'existe dès lors pas d'argument permettant de remettre en cause la conclusion du Dr U_____ sur la capacité de travail dans une activité adaptée dès décembre 2007.
44. Par décision du 19 septembre 2011, le vice-président du Tribunal civil a mis le recourant au bénéfice de l'assistance juridique.
45. Dans ses déterminations du 3 octobre 2011, le recourant persiste dans ses conclusions. Il affirme que lors de l'audience du 29 juin 2011, l'intimé n'a pas été en mesure de donner des explications claires sur le calcul du degré d'invalidité. De plus, le Dr U_____ a précisé qu'il fallait tenir compte d'une diminution de rendement sans pouvoir en déterminer l'ampleur, et que cet expert a en outre été

incapable d'indiquer l'évolution de son état de santé après l'arthroscopie. Il reprend les propos de l'expert en soulignant que celui-ci a déclaré penser que l'état était définitif et que le recourant n'avait pas tout fait pour aller mieux, livrant ainsi des impressions personnelles qui ne correspondent pas aux standards d'une expertise sérieuse et motivée. Il fait grief à l'intimé de ne pas avoir mis en avant des calculs de comparaison de gains sérieux. Il affirme également que l'avis du SMR, rédigé dans la précipitation, prétend que le Dr U _____ aurait fait état d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée sans diminution de rendement, ce qui ne correspond pas aux déclarations de l'expert. On ignore par ailleurs quelle activité il pourrait exercer.

46. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimé par pli du 4 octobre 2011.
47. 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, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230, consid. 1.1 ; ATF 129 V 4, consid. 1.2 ; ATF 127 V 467, consid. 1 ; ATF 126 V 136, consid. 4b et les références citées).

S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de l'AI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur son degré d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 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 et art. 28 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité 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 raisonnablement 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'art. 28 al. 2 LAI 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.

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157, consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

7. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après

exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4.1; 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). 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 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (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 (ATF I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATF B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

c) S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalide, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer

aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 9C_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; ATF 9C_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1; RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b). 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). 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).

8. Il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du Dr U_____. Ce spécialiste a procédé à une étude approfondie du dossier médical, examinant en particulier l'ensemble des documents d'imagerie à sa disposition, et il a relaté en détail l'anamnèse du recourant. En outre, ses diagnostics sont clairs et se fondent sur un status clinique complété par de nouvelles radiographies. Si le SMR a dû interpeller l'expert afin que celui-ci précise la date à laquelle il estimait que la reprise d'une activité adaptée était possible, ses conclusions n'en sont pas moins convaincantes et motivées. Partant, l'expertise réalisée par le Dr U_____ remplit toutes les exigences formelles dégagées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Les critiques du recourant à l'encontre du rapport du Dr U_____ ne résistent pas à l'examen. S'agissant du fait que l'expert n'a pas daté le moment auquel une activité adaptée était exigible, cette omission a été réparée par la suite et ne suffit donc pas à nier la valeur probante de cette expertise. Le grief selon lequel l'expert a fixé cette date de manière purement théorique est également erroné. Il a en effet précisé lors de l'audience qu'il avait retenu le mois de décembre 2007 en fonction de l'ensemble du dossier, soit en tenant également compte des éléments concrets et non d'une manière exclusivement théorique. On notera d'ailleurs que cette appréciation paraît très favorable au recourant, dans la mesure où le Dr P_____ admettait en janvier 2007 déjà qu'une réadaptation pouvait être tentée et que le Dr S_____ relevait dans son avis du 8 janvier 2007 que la période de convalescence est généralement de trois à quatre mois après une acromioplastie. On ne peut non plus suivre le recourant lorsqu'il affirme que l'expert s'est borné à nier les conclusions du Dr P_____. En effet, le médecin traitant du recourant n'a pas exclu la reprise d'une activité, comme cela ressort tant de son rapport d'octobre 2006, dans lequel il a annoncé qu'une reprise professionnelle pouvait être envisagée dans un proche avenir, que de ceux de décembre 2006 et janvier 2007. Ainsi, les

avis du médecin traitant et du Dr U_____ sur l'exigibilité d'une activité professionnelle sont convergents. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le recourant, les conclusions de l'expert prennent bien en considération l'état de l'épaule gauche du recourant puisqu'elles admettent des limitations fonctionnelles liées à la mobilité réduite de cette articulation. Il a ainsi tenu compte de l'atteinte du recourant sur sa capacité de travail. S'agissant de l'absence de répercussions des affections au dos et au genou sur la capacité de travail du recourant, les arguments de l'expert, aux termes desquels celles-ci n'ont pas d'effet incapacitant dès lors que le recourant a continué d'exercer une activité lucrative après leur apparition, sont également convaincants. Enfin, le recourant se méprend en alléguant que l'expert a admis une diminution de rendement. Lors de son audition par la Cour de céans, le Dr U_____ a en effet très clairement exclu une telle diminution dans une activité légère du point de vue médical. Cet expert n'a pas non plus préconisé de mesures de réadaptation et a d'ailleurs donné plusieurs exemples d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant. Quant au fait que le Dr U_____ ait livré des impressions subjectives s'agissant de l'investissement du recourant dans sa rééducation, cela ne suffit pas à remettre en cause ses conclusions dès lors que celles-ci sont étayées par des arguments cliniques.

Partant, la Cour de céans ne s'écartera pas des conclusions du Dr U_____ et admettra que le recourant disposait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le mois de décembre 2007.

9. Le recourant fait grief à l'intimé d'avoir procédé au calcul de son degré d'invalidité de manière arbitraire, puisque ce degré a varié de 13.9 % à 46 %. Ce moyen tombe cependant à faux. Il convient en effet de souligner que si le premier projet de décision du 23 septembre 2010 ne détaillait pas le calcul du taux de 46 % retenu, ce taux est identique à celui de 45.7 % qui ressort du calcul de l'intimé du 29 mai 2008, et qui a été arrondi au chiffre supérieur conformément à la jurisprudence (ATF 130 V 121, consid. 3.2). Le recourant a eu accès à ce calcul, qui figure dans le dossier qui lui a été remis à sa demande par l'intimé. Il est vrai que ce calcul ne repose pas sur une appréciation fiable de la capacité de travail résiduelle du recourant et qu'il est, partant, erroné. En revanche, le taux d'invalidité de 13.9 % dès décembre 2007 se fonde sur la capacité de travail totale admise par l'expert dans une activité adaptée et les modalités de calcul sont exposées en détail tant dans le projet de l'intimé du 10 novembre 2010 que dans la décision dont est recours. On ne peut ainsi le qualifier d'arbitraire, contrairement à ce qu'affirme le recourant.

Il reste cependant à examiner si ce calcul est conforme aux dispositions légales et à la jurisprudence citées. En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), soit trois mois après l'amélioration constatée (ATF 125 V 413, consid. 2d). En l'espèce, la capacité de gain s'est améliorée en décembre 2007 et le

droit à la rente doit dès lors être réexaminé en mars 2008. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé s'est correctement référé au revenu mensuel de 4'751 fr. que le recourant aurait perçu en 2006 selon les indications de l'employeur, multiplié par 13 mensualités, soit 61'736 fr. Il y a lieu d'indexer ce revenu jusqu'en 2008 en fonction de l'Indice suisse des salaires, ce qui le porte à 65'246 fr. Pour le revenu sans invalidité, on se référera au revenu tiré d'une activité simple et répétitive selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, soit 4'806 fr. par mois pour 40 heures hebdomadaires (ESS 2008, TA 1 ligne Total). Annualisé et adapté à la durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.6 heures en 2008 selon la statistique sur la durée normale de travail de l'Office fédéral de la statistique (DNT), on obtient un revenu d'invalidité de 59'979 fr. L'intimé a procédé à une déduction de 10 % sur ce revenu. L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3), et le juge des assurances sociales ne peut substituer son appréciation à celle de l'administration sans motifs pertinents (ATF 126 V 75, consid. 6). En l'occurrence, l'intimé est resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation en procédant à cette réduction. En effet, les limitations fonctionnelles du recourant et son âge ne sont pas tels qu'un abattement plus important s'impose. Partant, la Cour de céans appliquera le même abattement, en fonction duquel le revenu d'invalidité est de 53'981 fr. La comparaison des revenus aboutit ainsi à un degré d'invalidité de 17.27 %, qui doit être arrondi à 17 %. Si ce taux est légèrement supérieur à celui que retient l'intimé, il reste néanmoins en-deçà du degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente. Il est également insuffisant pour obtenir des mesures de reclassement, pour lesquelles la jurisprudence a fixé un seuil minimal de diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20 % (ATF 124 V 108, consid. 2b ; ATF I 665/99 du 18 octobre 2000, consid. 4b).

S'agissant des mesures de réadaptation auxquelles conclut le recourant, eu égard au caractère relativement anodin de ses limitations fonctionnelles, il y a lieu d'admettre que le marché du travail comprend un éventail suffisamment large d'emplois adaptés et accessibles sans formation spécifique. Le Dr U_____ a par ailleurs donné des exemples d'activités compatibles avec l'atteinte du recourant. Une mesure d'observation ou d'orientation professionnelle est dès lors superflue. L'aide au placement octroyée au recourant paraît suffisante pour lui permettre de mettre en valeur sa capacité de travail.

10. Eu égard à ce qui précède, le recours doit être rejeté.

La procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Toutefois, le recourant étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, il y a lieu de le dispenser du paiement d'un émolument conformément à l'art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dispense le recourant du paiement d'un émolument.
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

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