

GE_GERICHTE ATAS/1044/2018 vom 13. November 2018

GE Cour de justice, 2018-11-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1044_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1044/2018 du 13 novembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1044/2018 del 13 novembre 2018

Erwägungen

E. 1

a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la CJCAS 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.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI). Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA). Interjeté dans la forme (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B LPA) et le délai prescrits par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août, et le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Le recours est recevable.

E. 2

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2). En l'espèce, la décision attaquée dénie à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à un reclassement professionnel. Dans son recours, l'assuré se limite à requérir le versement d'une rente entière d'invalidité, sans remettre en question le refus de

A/2761/2016 - 9/17 - l'intimé de lui accorder un reclassement. Est donc seul litigieux son droit à une rente d'invalidité.

E. 3

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). 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. 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 1er janvier 2008). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 4

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 ; 115 V 133, consid. 2). 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. 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

A/2761/2016 - 10/17 - 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 soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c). 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. 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. Étant 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).

E. 5

a. 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). 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 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

A/2761/2016 - 11/17 - avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). c. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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). d. 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). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, 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. Il ne peut, sans motif pertinent,

substituer son appréciation à celle de l'administration, mais 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).

E. 6

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves. Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de

A/2761/2016 - 12/17 - collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; 128 III 411 consid. 3.2 ; 130 I 184 consid. 3.2). Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3).

E. 7

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 8

a. En l'occurrence, l'intimé a retenu que depuis le mois de février 2014, l'assuré n'était plus en mesure d'exercer son activité antérieure de chauffeur de poids lourds mais qu'il disposait, depuis le 21 novembre 2014, d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. b. Il est incontesté que le recourant a bénéficié, du 21 novembre 2014 au 31 janvier 2016, d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. À ce propos, il convient de rappeler que dans leurs rapports des 8 et 19 décembre 2014, tant le Dr E_____ que le Dr D_____ ont conclu que l'intéressé était pleinement capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations. Quant aux médecins de la CRR, ils ont également jugé possible l'exercice d'une activité limitée à la conduite d'un véhicule, sans port de charges ni manutention lourde (cf. rapport du 10 juin 2014). Il n'y a pas lieu de s'écarter de ces rapports convergents, dont le recourant ne conteste pas la valeur probante.

A/2761/2016 - 13/17 - c. En revanche, le recourant fait valoir qu'en raison d'une péjoration de son état de santé, sa capacité de travail a diminué à 50 % dès le 1er février 2016. À l'appui de cette allégation, il produit notamment deux certificats établis par son chirurgien, le Dr D_____, les 29 janvier et 26 avril 2016. L'intimé objecte que les certificats du Dr D_____ ne sont pas motivés et ne mentionnent pas de limitation fonctionnelle, de sorte qu'ils ne permettent pas de s'écarter des conclusions formulées par les médecins de la SUVA. d. Il est vrai que dans deux certificats antérieurs au prononcé de la décision litigieuse, le Dr D_____ a attesté qu'en raison de son état de santé, l'assuré devait travailler à 50 % dès le 1er février 2016, dans une activité lui permettant d'éviter le port de charges et les marches prolongées. Cette circonstance a conduit la chambre de céans, saisie d'une cause parallèle dans laquelle se posait aussi la question d'une péjoration de la capacité de travail depuis le mois de février 2016, à renvoyer le dossier à la SUVA afin qu'elle instruisse la question. Dans le cadre de la présente procédure, la chambre de céans a invité la SUVA à lui transmettre les rapports médicaux obtenus dans le cadre de cette instruction complémentaire. Il en ressort que la SUVA a adressé au Dr D_____ un questionnaire en avril 2018, dans lequel elle a invité ce médecin à se déterminer en détails sur l'état de santé et son éventuelle péjoration depuis 2015. Ce chirurgien s'est limité à répondre que l'état de santé était « stable », sans autre précision. Par ailleurs, il n'a pas répondu aux questions de savoir quelle était l'incapacité de travail à moyen et long terme et quelles étaient ses constatations médicales. Les réponses sommaires du Dr D_____ ne permettent pas d'établir, au degré de vraisemblance requis, que la capacité de travail de l'assuré aurait diminué à 50 % dès le 1er février 2016. L'incapacité de travail attestée n'est pas établie à satisfaction de droit, ce d'autant que le Dr D_____ ne l'a pas justifiée médicalement et que ses certificats – exempts de motivation – ne répondent pas aux réquisits jurisprudentiels applicables en matière de valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3). Dans ce contexte, on peine à comprendre en quoi les troubles dont souffre le recourant au niveau du genou droit l'empêcheraient d'exercer à 100 % une activité lui permettant d'épargner son membre inférieur droit. Par ailleurs, il sied de rappeler que le Dr E_____ a réfuté la péjoration attestée par le Dr D_____, en se référant à une IRM de septembre 2016, dont il ne ressortait selon lui aucune aggravation susceptible de se répercuter sur la capacité de travail (cf. rapport du Dr E_____ du 8 novembre 2016). Le recourant ne produit aucun rapport motivé qui permettrait de retenir le contraire, à tout le moins en ce qui concerne la période courant jusqu'au prononcé de la décision attaquée. La chambre de céans se rallie au point de vue du SMR et du Dr E_____. Elle retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'à la date du prononcé de la décision attaquée, le 16 juin 2016, la capacité de travail du recourant

demeurait entière dans toute activité adaptée, lui permettant d'éviter les marches longues ou A/2761/2016 - 14/17 - sur terrains instables, les genuflexions répétées, les montées et descentes répétées d'escaliers, ainsi que le port de charges lourdes. e. Le recourant allègue avoir subi, en septembre 2017, une nouvelle opération du genou droit, ayant entraîné une incapacité de travail à 100 % jusqu'au 7 janvier 2018, puis par la suite à 50 %. En outre, il affirme que l'IRM réalisée en septembre 2016 témoigne bel et bien d'une péjoration, en ce sens que les fissurations cartilagineuses de son genou sont passées du stade 2 au stade 3. Enfin, il se prévaut de nouveaux rapports d'IRM établis en Pologne au mois d'octobre 2017. En l'occurrence, il n'y a pas lieu de prendre en compte les nouvelles aggravations invoquées par le recourant, car même si ces péjorations étaient avérées, elles seraient quoi qu'il en soit postérieures au prononcé de la décision attaquée (datée du 16 juin 2016). Or, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Vu la teneur du recours et des pièces produites, dont il ressort d'éventuelles aggravations de l'état de santé postérieures à la décision attaquée, il y a lieu de considérer que les écritures du recourant valent nouvelle demande de prestations, laquelle sera transmise à l'intimé pour qu'il procède aux éventuelles investigations utiles, puis rende une nouvelle décision (cf. ATAS/689/2013 du 28 juin 2013 consid. 7 ; ATAS/409/2018 du 14 mai 2018 consid. 10). Dans ce cadre, il paraîtrait opportun que l'intimé invite la SUVA à lui transmettre les derniers rapports médicaux obtenus et notamment la détermination à venir du Dr E_____ sur les rapports d'IRM établis en Pologne, en octobre 2017.

E. 9

a. Dès le mois de novembre 2014, l'intimé a retenu que l'assuré présentait un degré d'invalidité de 0 %, en comparant le revenu sans invalidité (CHF 55'200.-) que ce dernier aurait perçu en bonne santé selon l'entreprise C_____ Sàrl, en tenant compte de l'évolution des salaires, avec le revenu statistique d'invalidé (CHF 59'517.-) qu'il aurait été en mesure de réaliser malgré son état de santé dans une activité adaptée à ses limitations, après déduction d'un abattement de 10 % (ESS 2012, tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, indexé). De son côté, le recourant soutient que l'intimé aurait dû fixer son revenu sans invalidité sur la base du salaire déclaré par l'entreprise B_____ SA (CHF 70'700.-), auprès de laquelle il travaillait lors de son accident. Par ailleurs, il estime que le revenu statistique d'invalidé retenu par l'intimé est trop élevé, étant donné qu'il ne peut plus exercer sa profession habituelle de chauffeur de poids lourds. Enfin, il requiert qu'un abattement de 25 % plutôt que 10 % soit déduit de son revenu d'invalidé, en raison de ses limitations fonctionnelles.

A/2761/2016 - 15/17 - b. En l'occurrence, s'agissant tout d'abord du revenu sans invalidité, il est exact que le recourant travaillait pour l'entreprise B_____ SA au moment où il a été victime de son accident de circulation en 2011. Avec le recourant, il convient d'admettre que le revenu sans invalidité aurait dû être fixé sur la base du revenu versé par l'entreprise B_____ SA, lequel correspond au dernier salaire perçu avant la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Du reste, c'est sur la base dudit salaire que la SUVA a chiffré le revenu sans invalidité. Cela étant dit, même si l'on tient compte du revenu déclaré par B_____ SA, le taux d'invalidité reste nettement inférieur au seuil de 40 % ouvrant droit

à une rente d'invalidité. Ce faisant, l'on parvient en effet à un revenu sans invalidité de CHF 70'700.-, qui une fois comparé au revenu d'invalidité retenu par l'intimé (CHF 59'517.-), ne donne qu'un degré d'invalidité (arrondi) de 16 % $[(CHF\ 70'700.- - CHF\ 59'517.-) / CHF\ 70'700.- \times 100 = 15.8]$. c. Pour le reste, les griefs que soulève le recourant quant à l'évaluation de son revenu d'invalidité sont dénués de pertinence. Pour fixer le revenu d'invalidité, l'intimé s'est fondé, conformément à la jurisprudence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1), sur le salaire statistique auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de compétence 1 depuis l'ESS 2012, correspondant à l'ancien niveau de qualification 4 de l'ESS jusqu'en 2010). Ce salaire statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité, parce qu'elle est physiquement trop astreignante, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail dans des travaux légers. Quoi qu'en dise le recourant, qui se prévaut d'un manque de formation, cette statistique est représentative du revenu qu'il serait en mesure de réaliser en tant qu'invalidé, dès lors qu'elle recouvre un large éventail d'activités non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_633/2015 du 28 décembre 2016 consid. 4.3 et 8C_266/2016 du 15 mars 2017 consid. 5.2.3). En outre, s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références). d. S'agissant enfin de l'abattement, l'intimé l'a fixé à 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Le recourant ne démontre pas pour quels motifs – autres que le critère des limitations fonctionnelles déjà pris en considération – ses possibilités de gain seraient inférieures à la moyenne dans des activités légères et adaptées. Quoi qu'il en soit, le Tribunal fédéral a déjà confirmé ce taux

A/2761/2016 - 16/17 - d'abattement dans le cadre de la procédure parallèle opposant le recourant à la SUVA, et il a au demeurant appliqué le même taux dans une cause impliquant des limitations fonctionnelles similaires (arrêts du Tribunal fédéral 8C_199/2017 du 6 février 2018 consid. 5.3 et 8C_800/2015 du 7 juillet 2016 consid. 3.4.3). Le taux d'abattement retenu par l'intimé ne prête donc pas le flanc à la critique.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision confirmée en tant qu'elle nie le droit du recourant à une rente jusqu'en juin 2016. Cela étant, dans la mesure où l'assuré se prévaut d'aggravations de l'état de santé postérieures au prononcé de la décision attaquée (datée du 16 juin 2016), le recours sera transmis à l'intimé afin qu'il le traite comme une nouvelle demande de prestations (cf. supra consid. 8e).

E. 11

Le dossier permettant à la chambre de céans de se prononcer sur le bien-fondé de la décision attaquée, il est inutile d'administrer d'autres preuves, singulièrement d'ordonner une expertise judiciaire, par appréciation anticipée (ATF 122 II 464 consid. 4a).

E. 12

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, le recourant sera condamné au paiement d'un émolument, arrêté au montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). Vu l'issue donnée au recours, le recourant ne peut prétendre à l'octroi d'une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA). *****

A/2761/2016 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.