

GE_GERICHTE ATAS/1097/2016 vom 22. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1097_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/1097/2016 du 22 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/1097/2016 del 22 dicembre 2016

Erwägungen

E. 30

L'expertise ordonnée par l'assureur LAA a été réalisée par le docteur G_____, orthopédiste, les 6 et 23 mai 2016. Celui-ci a confirmé le statu quo sine au 1er janvier 2012 pour la cheville et au 1er février 2012 pour l'épaule. Il considère que l'assuré peut travailler à plein temps dans une activité adaptée, soit une activité administrative, dès le 1er janvier 2012, précisant que la décompensation de l'instabilité externe de la cheville gauche en lien avec une obésité de stade 2 et le kyste du tunnel tarsien découvert en mai 2012 justifient des limitations fonctionnelles qui restent compatible avec une activité adaptée, de type administrative.

A/4238/2015 - 6/16 - Ainsi, l'expert a retenu une pleine capacité de travail dans la partie administrative (adaptée) de l'activité habituelle dès le 1er janvier 2012, une capacité de travail nulle, considérant l'affection dégénérative des ligaments externes de la cheville, aggravée par l'obésité et un kyste du tunnel tarsien gauche, dans la composante de cuisinier de l'activité de chef de cuisine jusqu'au 1er avril 2014, tenant compte de la période de convalescence après l'opération du 19 décembre 2013. Les limitations fonctionnelles pour la cheville portent sur la marche prolongée en terrain irrégulier, pentu ou glissant, le travail en milieu élevé et instable et l'utilisation répétée de machines à commande au pied gauche dans le cadre industriel. Il a par ailleurs indiqué quelles étaient les limitations fonctionnelles persistantes concernant l'affection dégénérative (maladie) de l'épaule gauche, au vu du conflit sous acromial antero-externe débutant, soit pas de travaux répétés du membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules, avec ou sans port de charges limité à 5 kg au-delà de 90° d'élévation antérieure et d'abduction.

E. 31

Dans sa réplique du 27 juin 2016, l'assuré a informé la chambre de céans qu'il avait retrouvé une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'il ne sollicitait plus de mesures professionnelles. Seul restait litigieux le droit à une rente d'invalidité pour la période allant du 1er septembre 2012 au 30 juin 2015, étant précisé qu'il s'opposait à la conclusion de l'OAI selon laquelle il était capable de travailler dans une activité adaptée depuis le 1er février 2012. Il conteste à cet égard toute valeur probante à l'expertise du Dr G_____. Il considère notamment que l'argumentation du Dr G_____ concernant le membre inférieur gauche repose sur une analyse erronée de la situation ; celui-ci a en effet retenu qu'il avait subi des entorses à répétition avant même l'accident du 28 avril 2009, alors qu'il en avait eu certes, mais seulement après. L'assuré annonce qu'il va examiner avec un médecin neutre l'opportunité de mandater une contre-expertise et sollicite un délai pour ce faire. Il conclut sinon à l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période allant du 1er septembre 2012 au 30 juin 2015 et se réfère aux certificats médicaux de ses différents médecins.

E. 32

Le 21 juillet 2016, l'OAI a persisté à conclure au rejet du recours, se fondant sur la note du SMR du 7 juillet 2016, selon laquelle l'expertise du Dr G _____ est très circonstanciée, réalisée dans les règles de l'art, claire et convaincante ; elle « confirme les diagnostics précédemment retenus, à l'exception du canal lombaire étroit pour lequel il n'existe a priori pas d'éléments radiologique et clinique permettant de le confirmer. Quoiqu'il en soit, l'expertise confirme le retour à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la cheville gauche et de l'épaule gauche, dès janvier 2012 ».

E. 33

La duplique a été transmise à l'assuré et la cause gardée à juger.

A/4238/2015 - 7/16 - 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 - 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable. 4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité du 1er septembre 2012 au 30 juin 2015, soit six mois après le dépôt de sa demande du 12 mars 2012. 5. 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). 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). 6. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 7. 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.

A/4238/2015 - 8/16 - 8. 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). 9. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 10. Il convient d'ajouter que s'agissant du droit à une rente, le cas d'assurance se pose au moment où l'assuré présente une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable (9C_882/2009), et qu'une fois le délai d'attente écoulé, l'incapacité de gain perdure à 40% au moins. L'événement assuré n'est pas réputé survenu tant que l'assuré perçoit une indemnité journalière durant le délai d'attente (art. 18, al. 1 et 2, RAI) et pendant qu'il se soumet à des mesures de réadaptation. En effet, la rente ne peut alors prendre naissance au sens de l'art. 29, al. 2, LAI (Pratique VSI 2001 p. 148 ; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIAI), nos 1030 et 1031). 11. 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). 12. 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 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).

A/4238/2015 - 9/16 - 13. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 14. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne

suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 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

A/4238/2015 - 10/16 - 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. 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. À 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 n° 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Comme le Tribunal fédéral l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1er janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 LPGA. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance- invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6 ; 131 V

A/4238/2015 - 11/16 - 362 consid. 2.2). D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. À cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser qu'une appréciation divergente ne devrait intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. Pourraient constituer de tels motifs le fait que l'évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle n'emporte nullement la conviction, qu'elle soit entachée de partialité ou de subjectivité, ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 50/04 du 30 novembre 2004). En tout état, l'OAI ne saurait être lié par l'évaluation de l'invalidité faite par l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2007 du 8 août 2008). 15. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur les rapports d'expertise établis à la demande de l'assureur LAA par le Dr B_____ le 13 décembre 2011 et par le Dr E_____ le 18 septembre 2013, pour considérer que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% dans son activité de cuisinier depuis le 13 septembre 2011, mais une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée dès le 13 janvier 2012, soit une activité dans laquelle il n'y aurait ni position debout prolongée, ni marche prolongée, ni utilisation d'escabeau, ni montée et descente d'escaliers. Le Dr E_____ ayant fixé le statu quo sine au 13 janvier 2012, il a retenu cette date comme étant celle qui détermine le début de la capacité de réadaptation. 16. Il s'agit préalablement de savoir si ces rapports ont ou non valeur probante. Dans son arrêt du 9 juin 2015, la chambre de céans ne se prononce pas expressément sur cette question, mais tient compte de certains aspects de ces deux expertises et en écarte d'autres. Cela étant, force est de constater que, dans la mesure où elle a annulé la décision de la SWICA, - laquelle reposait précisément sur les conclusions des expertises - et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire, elle a nécessairement douté de la valeur probante de celles-ci. 17. La question de la valeur probante de ces rapports peut toutefois rester ouverte. En effet, quand bien même la chambre de céans a refusé de suspendre la présente cause jusqu'à ce que l'expertise mandatée par la SWICA soit réalisée, rien n'empêche de prendre en considération le rapport

du Dr G_____, puisqu'il a été établi en mai 2016 déjà, soit avant que la cause ait été gardée à juger. Il y a lieu de constater qu'il comporte une anamnèse complète et détaillée, un résumé du dossier, l'historique médical ainsi qu'une description des plaintes subjectives de l'assuré. Son appréciation ne contient pas de contradiction. Ses conclusions sont claires et motivées. Aucun indice concret ne permet dès lors de mettre en cause leur bien-fondé. L'assuré conteste cependant toute valeur probante au rapport du Dr G_____. Il considère plus particulièrement que l'argumentation du Dr G_____ concernant le

A/4238/2015 - 12/16 - membre inférieur gauche repose sur des faits erronés puisqu'il a retenu qu'il avait subi des entorses à répétition antérieurement au 28 avril 2009, alors que tel n'était pas le cas. Le Dr G_____ a en effet retenu que les lésions traumatiques étaient survenues sur un terrain préexistant, soit une instabilité chronique de la cheville gauche post entorses à répétition et des lésions dégénératives de l'épaule gauche, et que ces atteintes avaient été transitoirement aggravées à la suite des accidents de 2009 et 2011. Il y a toutefois lieu de relever que selon le Dr B_____ déjà, « l'anamnèse révèle que depuis plusieurs années, l'assuré est un sportif et fait de la musculation. Il est également connu pour des entorses répétées au niveau de la cheville gauche ». On ajoutera quoi qu'il en soit, qu'en matière d'AI, peu importe si l'atteinte à la santé est ou non dans un lien de causalité avec l'accident. L'assuré ne fait valoir aucun autre grief contre l'expertise du Dr G_____, se bornant à annoncer qu'il allait demander à un médecin s'il était opportun de se soumettre à une contre-expertise. Il est vrai que la chambre de céans ne lui a formellement accordé aucun délai pour ce faire. Il avait toutefois largement le temps – entre le 27 juin 2016, date de son courrier, et le 13 décembre 2016, date à laquelle la cause a été gardée à juger -, qu'il n'a pas utilisé, pour se déterminer à cet égard. Aussi ne peut-on que conclure à la valeur probante du rapport d'expertise. 18. L'assuré a indiqué qu'il envisageait de se soumettre à une contre-expertise. Il se dit conscient qu'en l'état, il n'est pas en mesure de contester la valeur probante de l'expertise du Dr G_____, raison pour laquelle il entendait examiner avec un médecin l'opportunité de réaliser cette contre-expertise. En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

A/4238/2015 - 13/16 - 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 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder

ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d). 19. En l'espèce, l'appréciation du Dr G_____, dont le rapport d'expertise répond aux réquisits jurisprudentiels et, partant, se voit attribuer une pleine valeur probante, suffit à la chambre de céans pour se prononcer, de sorte qu'il n'y a pas de motif de mettre en œuvre une instruction complémentaire. 20. Le Dr G_____ a considéré que l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée, soit une activité administrative, dès le 1er janvier 2012. 21. Reste à examiner si les diverses pièces médicales produites par l'assuré, soit plus particulièrement les rapports du Dr H_____ du 27 juillet 2015 et de la Dresse F_____ du 24 février 2015 permettraient de s'écarter des conclusions du Dr G_____. L'assuré allègue que son état ne s'est stabilisé qu'à partir de juillet 2015, date à compter de laquelle il a recouvré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Il en veut pour preuve l'arthroscopie à la cheville, ainsi que la révision du tunnel tarsien, subies le 19 décembre 2013. Il se réfère au courrier adressé par le Dr H_____ à son mandataire le 27 juillet 2015, selon lequel « Il est difficile de considérer ce cas comme stabilisé à 3 mois post-opératoire. Je pouvais simplement constater qu'il y avait une franche amélioration comparé au status avant intervention et j'avais prévu de revoir le patient à 3 mois donc pour déterminer si une stabilisation avait eu lieu ». Il a par ailleurs été soigné depuis novembre 2014 pour un canal lombaire étroit par la Dresse F_____, laquelle a souligné, le 24 février 2015, que la capacité de travail sera de 100% dans une activité adaptée « dès que ça ira mieux ». Certes ces interventions ont-elles impliqué des incapacités de travail. Celles-ci sont toutefois limitées dans le temps et n'ont en réalité pas d'influence sur les limitations fonctionnelles ou l'aptitude à la réadaptation. 22. Il convient ainsi de retenir une capacité entière dans une activité adaptée depuis janvier 2012. Le degré d'invalidité peut à ce stade être déterminé. 23. 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

A/4238/2015 - 14/16 - 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances 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 (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'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). 24. L'assuré conteste le montant du revenu avec invalidité pris en considération par l'OAI, considérant qu'une réduction de 20% devait lui être applicable. Il n'explique cependant pas pour quel motif une telle réduction se justifierait dans son cas. 25. L'OAI a, en l'espèce, admis un abattement supplémentaire de 10% sur le salaire statistique pour tenir compte des limitations fonctionnelles.

A/4238/2015 - 15/16 - 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Au vu des critères jurisprudentiels susmentionnés, la chambre de céans ne saurait s'écarter du taux reconnu par l'OAI. Dès lors, compte tenu d'un abattement de 10%, le revenu d'invalidité sur la base statistique s'élève à CHF 58'659.- qui, une fois comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 67'135.-, conduit à un taux d'invalidité de 13%, ce qui reste insuffisant pour justifier le droit à une rente (art. 28 al. 2 LAI). 26. Aussi le recours est-il rejeté.

A/4238/2015 - 16/16 - 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.