

# **GE\_GERICHTE ATAS/1124/2018 vom 6. Dezember 2018**

GE Cour de justice, 2018-12-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1124\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1124_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1124/2018 du 6 décembre 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1124/2018 del 6 dicembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant postérieurement au 31 décembre 2014, singulièrement sur la question de savoir si l'intimé est fondé à supprimer la rente entière d'invalidité au 31 décembre 2014.

### **E. 5**

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; arrêts du Tribunal fédéral I 520/05 du 28 décembre 2006 ; I 554/06 du 21 août 2006). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

## **E. 6**

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

A/3650/2017 - 9/19 - 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).

## **E. 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. Selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 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). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à - 27/34- A/543/2013 déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). 1 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).

## **E. 8**

Chez les personnes actives, l'invalidité doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait

pleinement utilisé ses

A/3650/2017 - 10/19 - possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1 et ATF 104 V 136 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). Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidité, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de

A/3650/2017 - 11/19 - l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25 % [ATF 126 V 75]) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration [ATF 137 V 71 consid. 5.2 p. 73 (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 4.2)].

## **E. 9**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes,

doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b) 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 bienfondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant

A/3650/2017 - 12/19 - laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). c) 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). d) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur

probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

## **E. 10**

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En

A/3650/2017 - 13/19 - revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03

du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

### **E. 11**

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, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons

A/3650/2017 - 14/19 - pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

### **E. 12**

En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a subi une incapacité de travail totale dans toute profession dès le 1er mars 2012, aussi bien en raison des affections rachidiennes que celle de l'épaule gauche (cf. rapports d'expertise de la Dresse ERNI du 17 juillet 2015 p. 30 ; avis SMR du 10 septembre 2015). Est litigieuse en revanche la question de la capacité de travail du recourant estimée par l'experte à 80% dès le 1er octobre 2014.

### **E. 13**

La chambre de céans constate que l'expertise effectuée par le Dresse I\_\_\_\_\_ répond a priori aux requisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. En effet, elle se fonde sur le dossier médical complet, un examen clinique du recourant, elle relate les plaintes du recourant, l'anamnèse est complète, les diagnostics sont clairs, et les limitations fonctionnelles sont détaillées et expliquées de façon cohérente. L'experte a procédé à une analyse complète des documents médicaux et radiologiques, ainsi qu'à une discussion approfondie des nombreux rapports médicaux pour finalement apprécier la capacité de travail du recourant en tenant compte de l'ensemble des atteintes à

la santé. Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise de la Dresse I \_\_\_\_\_, motif pris qu'elle est lacunaire et que ses conclusions sont en contradiction avec les rapports médicaux ainsi que le contenu de rapport de stage établi par les EPI. Il se réfère en particulier aux rapports du Dr D \_\_\_\_\_, selon lesquels les problèmes de l'épaule gauche existent toujours malgré l'intervention chirurgicale de décembre 2013 et que les lombalgies sont persistantes malgré l'intervention de cure de hernie discale d'octobre 2009 (cf. rapports des 10 février 2015 et 16 avril 2015). Il allègue que sa capacité de travail dans une activité adaptée n'est que de 50%, comme l'atteste finalement le Dr D \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 15 mai 2015 et 20 juin 2016).

A/3650/2017 - 15/19 - L'experte n'est toutefois pas d'accord avec l'appréciation du Dr D \_\_\_\_\_ et considère que le recourant peut travailler à un taux supérieur. Elle relève que le 8 novembre 2013, le Dr G \_\_\_\_\_ indiquait une incapacité de travail à 100% de l'opération jusqu'à 3 - 6 mois postopératoire, après quoi la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles sera de 100%. De plus, l'évolution après l'intervention du 6 novembre 2013 a été favorable, comme le Dr G \_\_\_\_\_ l'a attesté dans son rapport du 12 mars 2014. L'évolution était en effet très satisfaisante avec récupération de quasiment toutes les amplitudes articulaires ; il proposait une réévaluation à six mois avec dans l'intervalle une incapacité de travail de 100%. Le 21 mars 2014, il notait des amplitudes presque complètes et des douleurs résiduelles. La capacité de travail (recte : l'incapacité de travail, cf. rapport d'expertise pp. 8 et 27) était de 100% en tant que maçon. Enfin, le 11 juillet 2014, le Dr G \_\_\_\_\_ notait une amélioration de l'état de santé avec des amplitudes quasi complètes et notait une nouvelle fois une capacité de travail (recte : incapacité de travail) à 100 % en tant que maçon. Le 15 mai 2015, il notait que l'évolution initiale avait été satisfaisante, mais avec des difficultés à récupérer l'élévation active. L'échographie était rassurante, sans rupture, mais l'assuré était toujours en arrêt de travail à 100% comme maçon. L'experte explique, concernant les lombosciatalgies droites, qu'à l'anamnèse le recourant ne sent plus d'irradiation dans le membre inférieur gauche et qu'il décrit des douleurs lombaires en barre. A l'examen clinique, il n'y a pas de trouble sensitif, pas de diminution de la force, le Lasègue est négatif des deux côtés pour le Lasègue direct. En somme, le rachis est un peu enraidé sur toute la hauteur dorsale et lombaire, au redressement du penché en avant, elle note un déconditionnement musculaire. Il n'y a pas de douleur à la pression des vertèbres, pas de contracture des masses musculaires de voisinage. Il n'y a pas de souffrance évidente, mais une atteinte séquellaire de raideur lombaire. Concernant les douleurs de l'épaule gauche, l'évolution après révision de la coiffe en décembre 2013 a été lentement favorable, avec néanmoins une persistance des douleurs lorsque le recourant utilise son membre supérieur dans les mouvements d'abduction rotation externe, d'abduction et lors des ports de charges. A l'anamnèse, il n'y a pas de douleur au repos, elles sont au maximum de 7 sur 10 lors de mouvements en élévation, de 2 sur 10 par exemple lorsqu'il lave la vaisselle en position du membre supérieur en dessous de la ligne des épaules. A l'examen clinique, l'experte a constaté des volumes musculaires symétriques des galbes des épaules et une asymétrie au niveau du bras. Les amplitudes sont limitées en actif, mais bien meilleures en passif avec une restauration quasi complète de la rotation externe. La capacité de travail dans une activité adaptée est de 100% pour les rachialgies depuis le 1er juin 2010. En revanche, pour l'épaule gauche, la capacité de travail est de 80% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles depuis le 30 septembre 2014 (cf. rapport d'expertise p. 31).

A/3650/2017 - 16/19 - Les rapports du Dr D\_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de la Dresse I\_\_\_\_\_, étant relevé que son appréciation rejoint aussi celle du Dr G\_\_\_\_\_ qui relevait en juillet 2014 une amélioration de l'état de santé. Par conséquent, il convient de retenir que le recourant présente une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée dès le 30 septembre 2014.

#### **E. 14**

Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant compte tenu d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée. a) L'intimé a effectué le calcul en prenant en compte, à juste titre, des revenus avec et sans invalidité en 2014, dès lors que c'est en octobre 2014 que le recourant a recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée. Le revenu annuel sans invalidité a été fixé à CHF 65'860.- en 2010 par arrêt de la Cour de céans de 4 mars 2013, entré en force. Il n'y a dès lors pas lieu d'y revenir. Réactualisé à 2014, ce revenu s'élève à CHF 68'050.- (CHF 65'860.- : 2285 [indice 2010] x 2361 [indice 2014]). Le recourant n'ayant pas repris d'activité lucrative, le revenu d'invalidité doit être déterminé au moyen de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2014, Tableau TA1 et non T1 tel que retenu par l'intimé, pour un homme, niveau d'activité 1, tâches physiques ou manuelles simples, soit pour un homme CHF 5'312.- par mois. Contrairement à ce que le recourant soutient, cette valeur statistique qui s'applique aux assurés qui conservent une capacité de travail dans des activités simples et répétitives, recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (p. ex. arrêt 8C\_227/2018 du 14 juin 2018 consid. 4.2.3.3). Or, en l'occurrence, comme vu ci-dessus, le recourant a une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée. Il s'ensuit que le revenu d'invalidité, actualisé sur 41,7 heures de travail hebdomadaire, s'élève à CHF 66'453.- par an, soit à un taux de 80% CHF 53'162.40. b) L'intimé a procédé à un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité pour tenir compte de la limitation aux seuls travaux légers et du taux d'activité partiel, ce que le recourant juge insuffisant. En ce qui concerne la fixation du revenu d'invalidité (cf. art. 16 LPGA) sur la base des statistiques salariales, il est notoire, selon la jurisprudence, que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas

A/3650/2017 - 17/19 - particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale 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 p. 79). Ainsi, même si les limitations liées au handicap ont été prises en considération une première fois par l'expert pour fixer la capacité résiduelle de travail du recourant, il n'en demeure pas moins qu'elles sont également l'un des critères reconnus par la jurisprudence pour justifier une réduction du revenu d'invalidité, notamment pour les personnes obligées de travailler à temps partiel en raison de leur invalidité (arrêt du Tribunal fédéral du 27 avril 2017 9C\_690/2016). Il convient de rappeler que l'étendue de l'abattement dans un cas particulier

est une question relevant du pouvoir d'appréciation. A cet égard, le pouvoir d'appréciation du juge des assurances sociales n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend aussi à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). Cet examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité administrative a adoptée dans le respect de son pouvoir d'appréciation et des principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Le juge ne peut toutefois substituer sans motif pertinent sa propre appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme étant la mieux appropriée (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2 p. 73 ; 126 V 75 consid. 6 p. 81). En l'espèce, l'âge du recourant (50 ans lors de la décision litigieuse) n'est pas un critère à retenir per se. En revanche, les nombreuses limitations fonctionnelles décrites par l'experte, telles que la nécessité de varier les positions debout/assise toutes les 1h.30 - 2h., d'éviter les positions en porte-à-faux du tronc, les mouvements répétitifs en flexion-extension du rachis lombaire et les mouvements en rotation, la marche sur terrain instable, le travail en hauteur, le travail au-dessus de la ligne des épaules, le travail répétitif en rotation externe même en dessous de 90° d'abduction, le permis de séjour B dont est titulaire le recourant méritent d'être pris en considération dans la détermination du revenu hypothétique d'invalidé, dès lors qu'ils entraînent sans aucun doute un impact sur la rémunération qu'il pourrait obtenir. Ces critères, non pris en compte par l'intimé, justifient une réduction à hauteur de 20%, plus appropriée à la situation concrète du recourant, ce qui donne un revenu d'invalidé de CHF 42'530.-. Cela étant, le degré d'invalidité est de 37,50%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité du recourant au 31 décembre 2014 (art. 88a RAI).

A/3650/2017 - 18/19 -

### **E. 15**

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RSG E 510.03).

A/3650/2017 - 19/19 - 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.