

# **GE\_GERICHTE ATAS/273/2016 vom 6. April 2016**

GE Cour de justice, 2016-04-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_273\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_273_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/273/2016 du 6 avril 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/273/2016 del 6 aprile 2016

## **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**

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

### **E. 4**

Selon l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable via le renvoi de l'art. 60 al. 2 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. Suite à la notification de la décision querellée du 24 juin 2015, le délai de recours, de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA), a commencé à courir au plus tôt le surlendemain avant d'être suspendu le 15 juillet 2015. Posté le 3 août 2015 durant la suspension des délais, le recours a été interjeté en temps utile. Quoique succinct, l'acte du recourant mentionne la décision attaquée, expose les faits et les motifs du désaccord. On comprend par ailleurs qu'il demande l'annulation de la décision litigieuse. Il respecte ainsi les formes prescrites (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

### **E. 5**

Le litige porte sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité du recourant.

## **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 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

A/2646/2015 - 10/22 - 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

## **E. 8**

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). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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/2646/2015 - 11/22 - c. 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). c/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). c/bb. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). c/cc. 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).

A/2646/2015 - 12/22 -

## **E. 9**

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).

#### **E. 10**

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a 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. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice – par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait –, ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

#### **E. 11**

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 (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). 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 la référence).

#### **E. 12**

a. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant est désormais totalement incapable d'exercer son activité habituelle de maçon et ce, depuis le 4 novembre 2011. Seule demeure litigieuse l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Faisant siennes les conclusions de son service médical fondées sur celles du rapport médical du Dr D\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2013, l'intimé considère que l'assuré peut exercer à plein temps toute activité adaptée depuis janvier 2013.

Dans son mémoire de recours du 30 juillet 2015, le recourant allègue être en incapacité de travail jusqu'au mois d'octobre 2015 et que son médecin pense qu'il pourrait reprendre dès le mois de novembre 2015 un travail à 50% maximum.

A/2646/2015 - 13/22 - b. Se pose dès lors la question de la valeur probante du rapport d'examen du 30 janvier 2013 établi par le Dr D\_\_\_\_\_, dans la mesure où, quand bien même le recourant ne conteste pas son contenu en soi, il s'est opposé à ses conclusions avant de nuancer et préciser sa position lors de l'audience de comparution personnelle du 22 octobre 2015. Il résulte notamment du rapport du 30 janvier 2013 du Dr D\_\_\_\_\_ que la situation paraissait suffisamment stabilisée pour un premier bilan asséurologique du cas et qu'elle relevait principalement d'un suivi médical espacé à long terme de l'évolution articulaire de la cheville et de mesures ponctuelles d'antalgie. Des mesures chirurgicales complémentaires n'étaient alors pas indiquées mais la question pouvait cependant être réexaminée en cas de péjoration future. Cela étant, une pleine capacité pouvait être mise en valeur dans une activité n'exigeant pas de marche en terrain irrégulier ou de déplacements prolongés. Le Dr D\_\_\_\_\_ a convenu en revanche que les séquelles découlant de la fracture de la cheville et de l'arrière-pied ne permettaient pas à l'assuré de retrouver une capacité de

travail durable dans son activité de maçon. La chambre de céans observe, tout d'abord, que le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ se base sur un examen clinique du recourant et sur son dossier médical. L'anamnèse est complète et les plaintes de l'intéressé ont été prises en considération. Les descriptions et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Ce spécialiste s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé du recourant, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il s'ensuit que ce rapport remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit accordée une pleine valeur probante. D'autres avis médicaux ne commandent pas non plus de s'écarter de ses conclusions. Le rapport du 1er mai 2013 du Dr C\_\_\_\_\_ relate également un état stationnaire et la possibilité d'envisager un retour dans une activité adaptée, sans plus de précisions sur son taux. On note tout au plus une légère divergence avec le Dr D\_\_\_\_\_ dans la mesure où le Dr C\_\_\_\_\_ considère que seule une activité complètement sédentaire serait adaptée. Toutefois, ce dernier ne met pas en cause la faculté du recourant de se tenir debout ; il se borne à faire état de douleurs à la marche, rejoignant en cela l'avis du Dr D\_\_\_\_\_. De plus, le Dr C\_\_\_\_\_ n'intègre manifestement pas la problématique lombaire, qui motive l'alternance des positions préconisée par le Dr D\_\_\_\_\_ (cf. pièce 40 intimé, p. 12). En outre, l'opinion sensiblement différente du Dr C\_\_\_\_\_ n'a, quoi qu'il en soit, qu'une incidence très relative dans la mesure où ce médecin ne met pas en cause la pleine exigibilité d'une activité adaptée en tant que telle. On relève enfin que le rapport du Dr E\_\_\_\_\_, du 3 septembre 2013, confirme le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ en précisant qu'une activité professionnelle réalisée alternativement en position assise ou debout, n'impliquant pas de monter sur une échelle ou en hauteur, ne nécessitant ni déplacement répété dans des escaliers ni port répété de charges supérieures à 10 kg, ni agenouillement ni déplacement

A/2646/2015 - 14/22 - supérieur à 500 mètres de façon répétée, autorise une activité à plein temps sans diminution de rendement. Force est de constater que rien ne vient infirmer les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_, auxquelles il convient par conséquent de se rallier. c. Le recourant a d'abord soutenu, dans son écriture du 30 juillet 2015, que ses médecins considéraient que l'exercice d'une activité n'était actuellement pas exigible et qu'il récupérerait au mieux une capacité de travail de 50% en novembre 2015. Il est vrai que la feuille-accident LAA, produite par le recourant le 30 juillet 2015, indique qu'il présentait toujours une incapacité de travail complète en avril, mai et juin 2015, mais en tant que maçon. Toutefois, cela n'est guère pertinent du point de vue de l'exigibilité d'une activité adaptée. En outre, lors de l'audience du 14 octobre 2015, le recourant a relativisé la durée et la portée de l'incapacité de travail alléguée dans son écriture du 30 juillet 2015. Il a notamment précisé qu'à la suite du retrait des vis de sa cheville le 13 juillet 2015, les HUG lui avaient prescrit un arrêt de travail du 13 au 29 juillet 2015 uniquement et que l'office cantonal de l'emploi le considérait apte à 100%. On rappellera enfin que cet arrêt de travail, bref de surcroît, ne saurait être pris en considération puisqu'il est postérieur à la décision entreprise et qu'il ne ressortit donc pas à l'objet du litige (cf. ci-dessus : consid. 10). Quant aux autres maux invoqués par le recourant (i.e. hernies discales), force est de constater que les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ en ont tenu compte dans les limitations fonctionnelles, au titre d'antécédents indépendants de l'accident (cf. pièce 40 intimé, p. 10 et 12) et qu'à l'époque, ces problèmes lombaires ne faisaient pas obstacle à l'exercice de l'activité de maçon à plein temps. d. Compte tenu des conclusions convaincantes du Dr D\_\_\_\_\_, au demeurant non contredites par le rapport du Dr C\_\_\_\_\_, de l'appréciation du Dr E\_\_\_\_\_ et des propos tenus par le recourant en audience de comparution personnelle, la chambre de céans

retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant est capable, depuis janvier 2013, d'exercer à plein temps une activité professionnelle réalisée alternativement en position assise ou debout, sans marche en terrain irrégulier, n'impliquant pas de monter sur une échelle ou en hauteur, ne nécessitant ni déplacement répété dans des escaliers ni port répété de charges supérieures à 10 kg, ni agenouillement ni déplacement supérieur à 500 mètres de façon répétée.

### **E. 13**

Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité. a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins.

A/2646/2015 - 15/22 - Conformément à l'art. 29 al. 1, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, le début du versement de la rente (" Anspruchsbeginn ") ne peut toutefois avoir lieu au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. Exprimé de manière différente, la personne assurée n'a droit à l'intégralité des prestations que si elle a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si elle le fait plus tard, elle perd son droit pour chaque mois de retard (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], n. 2187 ss p. 591). b. Concernant les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il convient d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus. Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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 LPGGA et 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité; 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). c. 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 édités 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

A/2646/2015 - 16/22 - 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). c/aa. 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). 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). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

c/bb. Lorsqu'un assuré invalide est réadapté avec succès dans une nouvelle profession, il ne fait aucun sens de se référer aux valeurs statistiques, d'autant moins que celles-ci sont établies par branche d'activité et non pas par profession (cf. arrêt I 171/04 du 1er avril 2005 consid. 4.2, publié in: REAS 2005 p. 240). Le salaire de référence pour établir le revenu d'invalidité doit nécessairement correspondre à celui qu'il peut réaliser au taux d'activité exigible de sa part dans l'activité dans laquelle il a été réadapté. C'est en effet dans cette profession que l'assuré est normalement le mieux à même d'atténuer les conséquences économiques imputables à son état de santé. Dans ces conditions, il importe peu qu'il n'épuise pas entièrement sa capacité résiduelle de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_57/2008 du 3 novembre 2008 consid. 4). Dans ce cas, il convient de majorer le salaire effectivement réalisé dans le cadre d'une activité à temps partiel à concurrence de la rétribution qui serait versée si la capacité de travail exigible était pleinement exploitée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_720/2012 du 11 février 2013 consid. 2.3.2). À l'inverse, l'absence de rapports de travail particulièrement stables ou de gain correspondant au travail effectivement

A/2646/2015 - 17/22 - fourni plaident en faveur de l'utilisation des valeurs statistiques (ATF 126 V 472 consid. 3b/aa).

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). 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).

#### **E. 14**

a. En l'espèce, le droit éventuel à la rente est né en principe le 4 novembre 2012 puisque le début de l'incapacité de travail durable déterminante, soit une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable, est présente depuis le 4 novembre 2011.

Or, en novembre 2012, comme vu ci-dessus, le recourant présentait une incapacité de travail totale, qui ne s'est modifiée qu'en janvier 2013, dans le sens d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Son degré d'invalidité était ainsi de 100 %, ouvrant droit à une rente entière de l'assurance-invalidité (art. 28 al. 2 LAI).

Au vu du dépôt de la demande AI le 1er juin 2012, la rente ne peut cependant être versée au recourant qu'à partir du 1er décembre 2012 (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

b. Dès janvier 2013, le recourant présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée, de sorte qu'il s'impose de procéder au calcul de son degré d'invalidité dès ce moment, en procédant à la comparaison des gains. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé s'est référé, à juste titre, à la dernière activité du recourant en 2011. Il ressort des pièces versées au dossier, en particulier des renseignements fournis par G\_\_\_\_\_ SA, dernier employeur en date, que le nombre d'heures de travail par semaine était de 40 et que le salaire annuel du recourant, comprenant le 13ème salaire, s'élevait à CHF 71'110.- en 2012. Il y a lieu

A/2646/2015 - 18/22 - d'adapter le dernier revenu réalisé en tant que maçon selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes (ISS : 2'188 en 2012 et 2'204 en 2013), de sorte que ce revenu se serait élevé à CHF 71'630.- en 2013, début de l'aptitude à la réadaptation (71'110.- x 2'204 / 2'188).

Concernant le salaire avec invalidité, c'est de façon correcte que l'intimé s'est référé aux ESS puisque le recourant n'avait pas repris d'activité lucrative à la date de la décision entreprise. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part du recourant dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est bien celui

auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 1) dans le secteur privé, à savoir CHF 62'520.- (CHF 5'210.- x 12 ; ESS 2012, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2013 (41.7 heures ; Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 65'177.- ( $62'520 \times 41.7 : 40$ ) puis à CHF 65'654.-, une fois indexé à 2013 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (ISS en 2012 : 2'188 et en 2013 : 2'204 ; soit  $65'177 \times 2'204 / 2'188$ ). Le recourant soutient qu'il ne peut pas rester longtemps assis en raison de ses hernies discales et qu'il ne peut pas conduire plus d'une heure en raison de ses douleurs au pied droit. Force est toutefois de constater que l'intimé a tenu compte d'un abattement de 10% sur le salaire statistique pour tenir compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles, notamment celles qui affectent le pied droit, et que celles-ci incluent également l'obligation d'alterner les positions et l'impossibilité de porter des charges de plus de 10 kg, soit les limitations dictées par les hernies discales. Aussi l'abattement retenu au titre des limitations fonctionnelles ne prête-t-il pas le flanc à la critique. Il y a cependant lieu de relever que les effets de l'âge du recourant (52 ans au jour de la décision litigieuse) et de son absence prolongée du marché du travail peuvent influencer négativement ses perspectives salariales. À cet égard, l'abattement de 10% retenu par l'intimé ne tient pas compte de manière appropriée de ces facteurs, de sorte qu'une déduction de 15% apparaît plus justifiée. Hormis ces éléments, il n'y a pas d'autres circonstances à prendre en considération. Ainsi, le revenu annuel brut avec invalidité, compte tenu d'un abattement de 15%, peut être fixé à CHF 55'805.90.-. Il s'ensuit que la perte de gain du recourant est de CHF 15'824.10 par année (soit  $71'630 - 55'805.90$ ), ce qui représente 22.09 % du revenu sans invalidité ( $[71'630$

$A/2646/2015 - 19/22 - - 55'805.90] \times 100 / 71'630$ ). Le résultat exact du calcul doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3, modifiant la jurisprudence publiée aux ATF 127 V 129, consid. 3).

Le taux d'invalidité du recourant est donc de 22 % du revenu sans invalidité, taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI). c. Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif - comme c'est le cas en l'espèce -, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI ; ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d p. 417; arrêt 9C\_900/2013 consid. 6.2 et les références). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En l'espèce, compte tenu de l'amélioration de la capacité de gain du recourant dès janvier 2013, la rente entière d'invalidité doit être supprimée le 31 mars 2013.

## E. 15

a. L'assuré a droit à une formation supplémentaire lorsqu'un reclassement effectué aux frais de l'AI ne peut pas lui procurer un revenu du travail suffisant et qu'il doit recourir à des mesures supplémentaires pour obtenir un gain comparable à celui qu'il toucherait sans invalidité dans son activité antérieure (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], p. 459 n. 1709 et les références). Dans ce cas, le droit n'est pas lié à la condition que le seuil minimal requis pour fonder le droit au reclassement soit atteint (perte de gain d'environ 20% ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 527/01 du 20 février 2002 consid. 3c ; VSI 1/2000 p. 29 consid. 3b).

Dans un arrêt du 12 septembre 1978, concernant un employé postal devenu paraplégique à la suite d'un accident de la circulation, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que bien que l'OAI eût pris en charge, à titre de mesure de reclassement, un apprentissage de trois ans au Centre horloger suisse pour invalides, à Bienne, et que l'assuré eût obtenu un certificat fédéral de capacité à l'issue de cette formation, l'assuré devait se voir reconnaître le droit à un apprentissage complémentaire d'horloger-rhabilleur sur le principe, sous réserve d'autres mesures plus adéquates encore, dictées par une situation nouvelle, que l'administration devait examiner dans le cadre du renvoi de la cause. En effet, il y avait lieu de constater que même s'il était indéniable que la formation d'horloger apparaissait égale, voire supérieure à celle reçue en tant qu'employé de la Poste, il

A/2646/2015 - 20/22 - n'en demeurait pas moins que ce n'était pas le niveau de formation en tant que tel qui était déterminant, mais les possibilités de gain qui en découlaient. À cet égard, on ne pouvait que constater que malgré ses multiples recherches, l'assuré n'avait pu trouver d'emploi lui permettant de réaliser un gain comparable – même de loin – au salaire qu'il aurait obtenu en restant au service de la Poste, sans la survenance de son invalidité. Même si la récession économique, qui avait frappé tout particulièrement l'industrie horlogère, n'était pas totalement étrangère à cette situation, il paraissait hasardeux d'affirmer qu'elle était la cause unique ou même seulement prépondérante. Il était un fait que l'assuré, paraplégique, était sujet à des escarres et que pour éviter ce risque, il devait pouvoir modifier sa position plusieurs fois au long de sa journée de travail, ce qui rendait parfois peu propice un emploi en usine. Or, la formation d'horloger offrait peu de débouchés autres que le travail en usine. On pouvait en conclure que dans les circonstances de l'espèce, l'invalidité rendait sinon strictement nécessaire, du moins hautement souhaitable une formation propre à faciliter une activité hors du cadre de l'usine, que ce soit à domicile ou dans un atelier s'occupant de travaux plus variés. Dans ce contexte, le Tribunal fédéral des assurances a estimé qu'une formation complémentaire d'horloger-rhabilleur était adéquate et qu'il existait une proportion raisonnable entre les frais qu'elle entraînait et le résultat que l'on pouvait en attendre (RCC 1978 p. 527 ss).

b. Dans le cas concret, le recourant ne produit certes aucun rapport médical attestant de l'éventuelle inadéquation de la profession de chauffeur de poids lourds avec ses problèmes au pied droit, il n'en reste pas moins qu'au regard des limitations fonctionnelles retenues par les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ en lien avec les hernies discales, pourtant connues de l'intimé lors de l'octroi de la mesure de reclassement en janvier 2014, la position assise de longues heures durant ainsi que les sollicitations continues et parfois fortes du pied droit – freinage d'urgence – qui vont de pair avec l'exercice de la profession de chauffeur de camion ou d'autocar, mettent sérieusement en doute l'adéquation du reclassement du recourant dans le domaine des transports routiers. La chambre de céans ne dispose

cependant pas d'assez d'éléments médicaux pour trancher cette question. Toutefois, il n'est pas contesté que l'invalidité – au sens de l'art. 17 LAI – dont le recourant était frappé, exigeait un reclassement pour maintenir sinon améliorer sa capacité de gain. Le recourant étant de surcroît au chômage à la date de la décision querellée et dans les mois qui ont suivi, il est douteux que cet objectif soit actuellement atteint. La chambre de céans ne peut ainsi vérifier le calcul du degré d'invalidité du recourant à la fin des mesures de réadaptation le 15 avril 2015, compte tenu du succès incertain du reclassement du recourant en tant que chauffeur de poids lourds. Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il détermine si d'un point de vue médical, la capacité de gain du recourant peut être exploitée à 100% en tant que chauffeur de poids lourds. Si tel n'est pas le cas, un reclassement adéquat et proportionné devra lui être octroyé. Ceci fait, l'intimé procédera au calcul du degré d'invalidité du recourant à l'issue du reclassement.

A/2646/2015 - 21/22 -

**E. 16**

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

**E. 17**

N'étant pas représenté, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé devra supporter un émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1bis LAI).

\*\*\*

A/2646/2015 - 22/22 - 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.