

# **GE\_GERICHTE ATAS/387/2016 vom 17. Mai 2016**

GE Cour de justice, 2016-05-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_387\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_387_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/387/2016 du 17 mai 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/387/2016 del 17 maggio 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**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

### **E. 3**

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

A/3401/2014 - 12/21 -

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

### **E. 5**

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

### **E. 6**

Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances 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 entre en ligne de compte pour l'assuré. L'invalidité est désormais définie à l'art. 8 al. 1 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 323/04 du 30 août 2005 consid. 4.1). On rappellera en outre qu'à l'inverse de l'assurance- invalidité, la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes à la santé qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel assuré, ce qui explique que les degrés d'invalidité auxquels aboutissent ces deux assureurs sociaux divergent parfois, s'agissant d'un même assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 336/01 du 25 octobre 2002 consid. 2).

#### **E. 7**

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de

A/3401/2014 - 13/21 - travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

#### **E. 8**

Conformément à l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à

l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a).

## **E. 9**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments

A/3401/2014 - 14/21 - subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125

V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

#### **E. 10**

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en

A/3401/2014 - 15/21 - considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5). L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective. Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.2 et les références).

#### **E. 11**

L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). On n'admettra d'exceptions à ce principe que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid.

3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de

A/3401/2014 - 16/21 - travail est inférieur à la moyenne. 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) (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2007 du 8 mai 2008 consid. 4.1). Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

## **E. 12**

En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant présentait désormais une capacité de travail totale dans une activité adaptée, ce que ce dernier conteste. Il convient en premier lieu de déterminer si les rapports médicaux versés au dossier permettent de trancher cette question. Tel est bien le cas. Les médecins de la CRR ont en effet admis au terme du séjour du recourant que ce dernier pouvait exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Leur rapport a été établi en parfaite connaissance des plaintes du recourant, de son historique médical et repose sur un status clinique complété par plusieurs examens radiologiques et des mesures par des physiothérapeutes. Leurs conclusions sont en outre claires et exemptes de contradictions. Leur rapport comprend ainsi tous les éléments requis selon la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Contrairement à ce qu'affirme le recourant, le but thérapeutique du séjour à la CRR est sans incidence sur la force probante du rapport établi à son issue, qui s'analyse uniquement à l'aune des critères dégagés par le Tribunal fédéral et rappelés ci-dessus. On notera au demeurant qu'il n'existe aucun autre rapport émanant d'un médecin qui permettrait de remettre en cause les conclusions des Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 7 avril 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ a en effet admis que la capacité de travail du recourant était totale dans une activité adaptée. On soulignera qu'au plan oto-neurologique, le Dr K\_\_\_\_\_ n'excluait pas une reprise du travail à fin octobre 2013 déjà. Du point de vue ophtalmologique, le Prof. Q\_\_\_\_\_ a également admis une capacité de travail entière sous réserve de certaines limitations fonctionnelles, à l'instar de la Dresse L\_\_\_\_\_. S'agissant des limitations fonctionnelles, qui n'ont selon le recourant pas suffisamment été instruites par l'intimé, elles ressortent clairement des rapports médicaux. Les médecins de la CRR ont en particulier mentionné des restrictions précises en lien avec les troubles rhumatologiques du recourant. Le SMR les a ensuite complétées par celles du Prof. Q\_\_\_\_\_. Les limitations signalées par la Dresse L\_\_\_\_\_ se confondent largement avec celles du Prof. Q\_\_\_\_\_, étant souligné qu'une activité de bureau ne comprend pas nécessairement des efforts de lecture soutenus. Cette neurologue exclut également la conduite professionnelle. Même s'il fallait admettre que cette limitation se justifie au vu de l'atteinte

A/3401/2014 - 17/21 - ophtalmologique du recourant, toutes les activités n'impliquant ni port de charges ni mouvements de la nuque et maintien des bras prolongé au-dessus des épaules et sans efforts visuels soutenus restent accessibles au recourant. Partant,

l'impossibilité de la conduite à titre professionnel mentionnée par la Dresse L\_\_\_\_\_ ne suffit pas à exclure le caractère réaliste d'une mise en valeur de la capacité résiduelle de travail du recourant sur un marché du travail équilibré. Quant au rapport de Madame R\_\_\_\_\_, la chambre de céans relève en premier lieu qu'il n'émane pas d'un médecin. De plus, les handicaps qu'elle décrit sont essentiellement ceux que le recourant lui a annoncés, de sorte qu'il s'agit d'une appréciation subjective. Dans ces conditions, on ne saurait s'écarter des conclusions du Prof. Q\_\_\_\_\_, qui reposent sur des constatations médicales objectives. Les arguments du recourant n'y suffisent en particulier pas. Contrairement à ce qu'il allègue, les troubles de la vue ont été pris en compte dans la définition d'une activité adaptée, puisque le Dr P\_\_\_\_\_ a modifié ses conclusions par avis du 15 octobre 2014. Le recourant ne produit en outre aucun élément médical étayant son allégation, selon laquelle ses limitations fonctionnelles ont été sous-évaluées. Il mentionne également des céphalées que l'intimé n'aurait pas prises en compte dans son appréciation. Or, il ne ressort pas des rapports de la CRR et du Prof. Q\_\_\_\_\_ – dont le recourant n'affirme pas qu'ils seraient incomplets sur ce point – qu'il se serait plaint de maux de tête. La Dresse L\_\_\_\_\_ ne mentionne pas non plus de tels troubles dans son rapport du 4 septembre 2014. Partant, on ne saurait faire grief à l'intimé de ne pas en avoir tenu compte. Il convient en outre de rappeler que le recourant présentait déjà des céphalées récurrentes avant l'accident survenu le 11 février 2013, comme cela ressort du rapport du Dr K\_\_\_\_\_ d'octobre 2010, ce qui ne l'a pas empêché d'exercer une activité lucrative à plein temps pendant plusieurs années. Dans ces conditions, même si les maux de tête du recourant pouvaient être objectivés, on ne saurait retenir qu'ils entravent la reprise d'une activité professionnelle adaptée. Enfin, le recourant ne saurait être suivi en tant qu'il reproche aux médecins de la CRR de ne pas avoir tenu compte de ses douleurs cervicales et de ses discopathies. En premier lieu, les troubles dégénératifs ne sont en principe pas à la charge de l'assurance-accidents, si bien qu'il était normal que les Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ ne les décrivent pas longuement dans le cadre d'un rapport destiné à la Suva. De plus, le Dr G\_\_\_\_\_ a implicitement admis que les limitations fonctionnelles qui ressortent du rapport de la CRR étaient adaptées à l'état de santé du recourant, puisqu'il a mentionné dans son rapport du 7 avril 2014 une capacité de travail totale dans une activité respectant ces limitations, sans ajouter de restriction liée aux discopathies. Partant, la chambre de céans ne s'écartera pas des conclusions des médecins, selon lesquelles le recourant présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Par conséquent, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d), elle ne fera pas

A/3401/2014 - 18/21 - droit à la requête du recourant tendant à l'audition de témoins et à la mise en œuvre d'une expertise.

### **E. 13**

Il y a lieu à présent d'examiner à partir de quand le recourant disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr P\_\_\_\_\_ a retenu que tel était le cas dès le 21 octobre 2013, date à laquelle le recourant a repris son emploi de peintre à 50 %, conformément aux instructions du médecin d'arrondissement de la Suva. On ne saurait cependant le suivre sur ce point. En effet, ni les médecins de la CRR – ni aucun praticien ayant examiné le recourant – n'ont fait état d'une capacité de travail dans une activité adaptée à partir de cette date. De plus, les Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ ont indiqué dans leur rapport du 7 mars 2014 que l'état de santé du recourant serait stabilisé trois mois plus tard, soit le 7 juin 2014. Or, la jurisprudence a retenu dans des cas similaires que tant que l'état de

santé de l'assuré n'est pas stabilisé, l'examen porte sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, et qu'il doit porter sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée depuis sa stabilisation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_881/2010 du 23 août 2011 consid. 3.2 ; ATAS/56/2016 du 27 janvier 2016 consid. 10). Partant, on ne saurait retenir que le recourant a présenté une capacité de travail dans une activité adaptée avant la stabilisation de son état de santé, soit avant le mois de juin 2014. On doit ainsi admettre que le recourant disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de juillet 2014 au plus tôt.

#### **E. 14**

Compte tenu de ce qui précède, on tiendra compte d'une incapacité de travail totale du 11 février 2013 à juin 2014. La demande de prestations du recourant ayant été déposée en juin 2013, la condition prévue à l'art. 29 al. 1 LAI, subordonnant la naissance du droit à la rente à l'échéance d'un délai de six mois depuis le dépôt de la demande, est remplie à l'expiration du délai de carence d'une année selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, soit en février 2014. Le recourant a ainsi droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2014. En ce qui concerne la fin du droit à la rente, il faut rappeler que 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, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI. Suivant l'alinéa premier de cette disposition réglementaire, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1). Toutefois, lorsque la révision de la rente n'est pas justifiée par une évolution de l'état de santé, à savoir par un

A/3401/2014 - 19/21 - phénomène pathologique labile, mais qu'elle s'inscrit dans un contexte où celui-ci apparaît comme stabilisé, il peut être fait abstraction du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 5). Le sens et le but de l'art. 88a al. 1 RAI est notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne le versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision; au regard de la sécurité du droit, l'octroi d'une rente entré en force se doit d'avoir une certaine stabilité. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat. En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). En l'espèce, le délai de trois mois articulé par les médecins de la CRR étant précisément censé permettre de parachever la stabilisation, il y a lieu de considérer qu'à son terme, l'état de santé était stable. Aucun élément médical attestant du contraire n'a d'ailleurs été versé à la procédure. On se trouve ainsi dans l'hypothèse visée par la jurisprudence précitée, et il convient donc de faire abstraction du délai prévu par l'art. 88a

al. 1 RAI.

### **E. 15**

Il convient à présent de vérifier si le degré d'invalidité que présente le recourant dès la date à laquelle une activité adaptée, soit dès le 1er juillet 2014, exclut le droit aux prestations d'invalidité. A titre de revenu sans invalidité, l'intimé s'est fondé sur un montant de CHF 58'240.-, se référant aux données communiquées par l'employeur. Ce chiffre correspond à treize mensualités de CHF 4'480.-, soit le salaire mensuel indiqué pour 2013 par B\_\_\_\_\_ Sàrl dans le questionnaire du 19 octobre 2013. La chambre de céans relève que ce revenu est largement supérieur à celui réalisé en 2012. Elle ne s'en écartera toutefois pas, dès lors qu'il est favorable au recourant. L'année de naissance du droit à la rente étant 2014, il convient de prendre en compte l'évolution du revenu jusqu'à cette année (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1). Le revenu sans invalidité peut ainsi être fixé à CHF 58'647.68 pour 2014. S'agissant du revenu avec invalidité, le recours aux données statistiques est conforme à la jurisprudence citée. Les salaires statistiques de 2012 n'ayant été publiés que le 22 octobre 2012, l'intimé n'en disposait pas encore au moment où il a rendu la décision litigieuse. C'est ainsi à juste titre qu'il s'est fondé sur les chiffres tirés de l'ESS 2010 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_526/2015 du 11 septembre 2015 consid. 3.2.2). Le revenu tiré d'activités simples et répétitives en 2010 s'élevait à CHF 4'901.- par mois pour une

A/3401/2014 - 20/21 - durée hebdomadaire de travail de 40 heures. Indexé et adapté à la durée hebdomadaire de 41.7 heures en 2014 selon la statistique sur la durée normale du travail (DNT), le revenu avec invalidité s'élève ainsi à CHF 63'359.80 avant la réduction statistique. L'intimé a appliqué un abattement de 10 % sur ce revenu. Ce faisant, il n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation et la chambre de céans n'est ainsi pas fondée à en revoir l'étendue. Cette réduction amène le revenu avec invalidité à CHF 57'023.10. La comparaison de ces revenus aboutit à un degré d'invalidité de 2.77 %, insuffisant pour ouvrir le droit aux prestations. Le recourant ne peut ainsi prétendre à des mesures d'ordre professionnel ou à une rente dès le 1er juillet 2014.

### **E. 16**

Eu égard à ce qui précède, le recours sera partiellement admis. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient de fixer à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPG). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/3401/2014 - 21/21 - 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.