

GE_GERICHTE ATAS/409/2013 vom 30. April 2013

GE Cour de justice, 2013-04-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_409_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/409/2013 du 30 avril 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/409/2013 del 30 aprile 2013

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; RS 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

A 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

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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).

A/1390/2012 - 14/23 - En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2008, et, après le 1er janvier 2009, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

a) Conformément à l'art. 30 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne dont la cause doit être jugée dans une procédure judiciaire a droit à ce qu'elle soit portée devant un tribunal établi par la loi, compétent, indépendant et impartial. Le droit des parties à une composition régulière du tribunal impose des exigences minimales en procédure cantonale ; il interdit les tribunaux d'exception et la mise en œuvre de juges ad hoc ou ad personam et exige dès lors, en vue d'empêcher toute manipulation et afin de garantir l'indépendance nécessaire, une organisation judiciaire et une procédure déterminées par un texte légal (ATF 129 V 335 consid. 1.3.1). Toute partie à une procédure a un droit à ce que l'autorité soit composée régulièrement et statue au complet, et que seules délibèrent les personnes habilitées (ATF 137 I 340 consid. 2.2.1 ; 127 I 128 consid. 4b ; ATA/16/2007 du 16 janvier 2007 consid. 5).

b) C'est, en premier lieu, à la lumière des règles cantonales topiques d'organisation et de procédure qu'il convient d'examiner si une autorité judiciaire ou administrative a statué dans une composition conforme à la loi (ATF 131 I 31 consid. 2.1.2.1 ; 129 V 335 consid. 1.3.2 ; 127 I 128 consid. 3c ; Arrêt du Tribunal fédéral 2D_6/2012 du 31 juillet 2012 consid. 2.2). A Genève, les juges assesseurs sont des magistrats de l'ordre judiciaire au sens de l'art. 132 de la Constitution de la République et canton de Genève du 24 mai 1847 (Cst-GE - A 2 00) (ATF 130 I 106 consid. 2.1). Ils doivent remplir les conditions d'éligibilité prévues par l'art. 5 al. 1 LOJ, sauf celles de la titularité du brevet d'avocat et des 3 ans de pratique professionnelle utile au poste (art. 5 al. 2 LOJ). Tout juge assesseur doit donc, pour être éligible, avoir l'exercice des droits politiques dans le canton de Genève (art. 5 al. 1 let. b LOJ) et être domicilié dans le canton de Genève (art. 5 al. 1 let. c LOJ). Lors de l'adoption de la LOJ, le 26 septembre 2010, le législateur a prévu que les magistrats déjà en fonction au moment de l'entrée en vigueur de la loi et ne remplissant pas la condition exigée par l'art. 5 al. 1 let. c LOJ n'y étaient pas soumis (art. 144 al. 8 LOJ).

A/1390/2012 - 15/23 - c) En l'espèce, Monsieur O_____ ne remplissait plus la condition d'éligibilité prévue à l'art. 5 al. 1 let. b LOJ depuis le 30 novembre 2010. Domicilié dans le canton de Vaud, il n'avait en effet pas l'exercice des droits politiques à Genève (art. 39 al. 2 et 3 Cst. et art. 1 let a de la loi sur l'exercice des droits politiques du 15 octobre 1982 - LEDP - A 5 05). L'exception à l'exigence du domicile à Genève prévue par l'art. 144 al. 8 LOJ est seulement applicable aux assesseurs déjà domiciliés en France au 31 décembre 2010, mais ayant l'exercice des droits politiques à Genève. Toutefois, après sa démission, Monsieur O_____ a été remplacé par Madame Q_____, qui a participé à la délibération du 30 avril 2013. La Chambre des assurances sociales de la Cour de justice a ainsi siégé dans une composition conforme à la loi et, partant, régulière.

E. 6

Le litige porte sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E. 7

a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute

diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b) 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 LPGGA et art. 28 al. 2 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

A/1390/2012 - 16/23 -

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). 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 LPGGA), 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 125 V 351 consid. 3). b) 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) 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/1390/2012 - 17/23 -

d) 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 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 (ATFA non publié 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 (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4).

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

a) La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode

A/1390/2012 - 18/23 - générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu 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 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). c) Quant au revenu d'invalide, 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'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 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,

A/1390/2012 - 19/23 - 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; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

E. 11

En l'espèce, l'avis médical du Dr C _____, spécialiste en rééducation pour le SMR et celui du Dr D _____, spécialiste en rhumatologie, retiennent des diagnostics similaires et, surtout, des limitations fonctionnelles identiques, soit : pas de position statique assise au-delà de 20 à 30 minutes, nécessité de varier les positions assises/debout minimum deux fois par heure (quatre fois par heure selon le Dr D _____); pas de position en porte-à-faux, ou en antéflexion du rachis, pas de position statique debout immobile de type piétinement plus de quelques minutes, diminution du périmètre de marche à une demi-heure, pas d'activité en hauteur ou sur un terrain instable, ni en montant ou descendant les escaliers à répétition, pas de port de charges supérieures à 7,5 kg (en évitant de plus le port de charge répétitif selon le Dr D _____), ni occasionnellement au-delà de 15 kg. Cela étant, le rapport du Dr D _____ est convaincant lorsqu'il réfute que des critères de non-organicité auraient été retrouvés à l'examen clinique, cette conclusion hâtive et peu motivée du Dr C _____ reposant sur un apriori qui n'a pas lieu d'être. A ce propos, aucun autre document au dossier ne vient étayer l'hypothèse selon laquelle l'assuré serait plaignant ou qu'il exagérerait l'intensité de ses douleurs. Les deux médecins divergent seulement quant au taux de capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité strictement adaptée et respectant donc l'ensemble des ces limitations fonctionnelles, le Dr C _____ retenant une capacité de 70% (100% avec une diminution de rendement de 30%) et le Dr D _____ de 50%. Dans l'activité de scénographe, qu'ils n'estiment pas adaptée, le Dr C _____ retient une capacité de 50% et le Dr D _____ de 30%, tout en indiquant que l'activité doit être évaluée. Compte tenu de ce que l'appréciation concorde quant aux diagnostics et limitations, il n'est pas nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire et la divergence peut être levée à l'aune de

A/1390/2012 - 20/23 - l'ensemble des pièces médicales et des autres éléments du dossier. La divergence porte en effet sur l'appréciation de l'importance et de l'influence de la douleur, qui semble sous-estimée par le Dr C _____, en raison de la non-organicité retenue à tort. C'est sur la base de ce seul rapport que le SMR estime que les autres avis médicaux peuvent être écartés, car ils se fondent sur les plaintes du patient. De 1991 à 2000, l'assuré est suivi à intervalles réguliers par le Dr N _____, qui atteste de lombalgies chroniques objectivées par l'imagerie. Après l'aggravation qui débute en 2000 et l'intervention chirurgicale "ratée" de 2007 (failed back surgery), les douleurs sont quasi permanentes et plusieurs traitements sont tentés. Ni le Dr B _____, ni le centre de la douleur des HUG ne prétendent que l'intensité des douleurs serait exagérée. Bien que les bains de Cressy soient bénéfiques, le trajet en bus pour s'y rendre est insupportable pour l'assuré. Ce dernier, entendu en audience, ne s'est jamais montré exagérément plaignant, mais a dû se lever après une quinzaine de minutes et était très convaincant lorsqu'il expliquait que seule la position allongée lui apportait quelque répit. Compte tenu de son intérêt évident pour la formation suivie dans le cadre du reclassement et de la réussite des examens, rien ne permet de douter que c'est l'aggravation du tableau douloureux en raison de la position

assise prolongée durant les cours qui a nécessité un allègement de l'horaire. Si les plaintes du patient ne permettent pas, à elles seules, de déterminer la capacité de travail de l'assuré, elles doivent toutefois être prises en compte dans l'appréciation globale du cas, lorsqu'elles sont associées à des diagnostics objectivés, clairement invalidants et que rien ne permet de retenir qu'elles sont exagérées. A cet égard, les images des sites Internet cités confirment que la réalisation des œuvres artistiques de l'assuré peut être effectuée en position couchée. Ainsi, compte tenu de l'avis de l'ensemble des spécialistes consultés qui retiennent tous l'existence d'importantes douleurs, l'avis du SMR, fondé sur le rapport du Dr C _____, qui exclut cet élément de l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré, doit être écarté. Ainsi, il est retenu sur la base du rapport du Dr D _____ que l'assuré dispose encore d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité entièrement adaptée à ses importantes limitations fonctionnelles. D'ailleurs, l'examen de la capacité de travail dans l'activité de scénographe confirme cette appréciation. Le rapport circonstancié du service de la réadaptation permet de retenir qu'elle peut s'exercer au sein d'un Théâtre, à titre salarié, en ville de Genève, sans nécessité de déplacements importants dans toute la Suisse. L'assuré est au surplus domicilié à 10 minutes de bus du centre, ce qui est compatible avec la position assise de 20 minutes. Les déplacements à pied entre le théâtre et l'atelier ne dépassent pas 30 minutes, ce qui entre dans le cadre des limitations retenues et est compatible avec les marches que l'assuré supporte pour aller à la recherche des fleurs nécessaires à ses œuvres. La variété des activités permet en général une alternance des positions, sauf lorsque la position assise est prépondérante à certaines étapes du projet (travail à l'ordinateur) et, surtout, lorsque la position

A/1390/2012 - 21/23 - debout doit être tenue durant des rendez-vous sur les lieux du spectacle, avec les divers intervenants, alors que cette position est limitée à quelques minutes. Ainsi, l'évaluation du service de la réadaptation confirme que l'activité de scénographe n'est pas adaptée et que, si elle était exercée, elle ne pourrait même pas être assumée à 50%, ce que le SMR a finalement admis. Toutefois, que ce soit dans l'activité de scénographe ou dans celle qui serait mieux adaptée aux limitations (monteur ou contrôleur à l'établi, manutentionnaire, commis administratif, gardien chargé de surveiller un écran ou téléphoniste), l'assuré doit travailler en position assise, et chaque 20 minutes, se lever et marcher quelques minutes. Il est toutefois établi que, dans le cas de l'assuré, cette alternance ne suffit pas pour limiter suffisamment ses douleurs, de sorte que l'assuré doit pouvoir adopter la position couchée, après quelques heures de travail, ce qui est exclu dans toute activité. Cela correspond de plus au constat fait lors du reclassement, le stage à 50% n'ayant pas pu être assumé plus de deux mois en sus des cours suivis à raison de 3 heures, trois jours par semaine, raison pour laquelle le Dr A _____ avait lors constaté que la capacité de travail de l'assuré, dans toute activité, était limitée à 50%. L'avis du Dr D _____ est donc confirmé par les autres éléments probants.

E. 12

Reste à déterminer le taux d'invalidité de l'assuré et, en particulier, le revenu sans invalidité. Il ressort des rapports radiologiques et de ceux du Dr N _____ que l'assuré souffre de problèmes de dos depuis 1980 et que ceux-ci limitent sa capacité de travail, s'agissant du port de charge et des efforts impliquant le bas du dos, depuis 1991 en tout cas. L'assuré développe une production artistique personnelle dès 1993, selon la presse, et aurait bénéficié d'une année sabbatique, ce qui ne ressort pas de son extrait de compte AVS, si ce n'est de quelques mois en 2005. L'assuré indique que sa démission fin 1998 pour mars 1999

été motivée par ses douleurs dorsales, ce que confirme le Dr N_____, à une période où la question n'est pas déterminante pour les droits de l'assuré à l'égard de l'assurance invalidité (attestation du 30 mars 2000), mais il s'avère qu'il obtient au même moment une bourse de 50'000 fr. et que, lors de sa démission, il n'évoque pas ses problèmes de santé, mais sa volonté de progresser dans sa carrière professionnelle. Surtout, l'assuré n'a jamais été incapable de travailler, outre deux semaines en 1993, jusqu'à sa démission en 1999, et si c'est en 2000 que son état de santé commence à s'aggraver (rapport du 23 novembre 2000 du Dr G_____; arrêt de travail de 2 mois fin 2000 selon l'attestation du Dr N_____ du 18 décembre 2012), c'est dès novembre 2005 que l'incapacité de travail durable est établie (rapports du Dr A_____ de novembre 2006 et septembre 2007), de sorte que l'on ne peut pas retenir sur la base des éléments qui précèdent, que son revenu sans invalidité serait celui réalisé en tant qu'employé fixe chez X_____, avant sa démission, soit une moyenne de 83'205 fr. de 1996 à 1999. Le revenu retenu par

A/1390/2012 - 22/23 - l'OAI sur la base du salaire horaire pratiqué par X_____ pour des missions ponctuelles de 1999 à 2005 est donc correctement réévalué à 77'985 fr. en 2008. S'agissant du revenu avec invalidité, il a été déterminé par l'OAI selon ESS 2008 à juste titre, mais doit être limité à un taux d'activité de 50%, soit à 30'794 fr. Avec l'abattement de 15% retenu par l'OAI qui ne prête pas flanc à la critique (50 ans, limitations fonctionnelles/activité légère et temps partiel) ce revenu est de 26'175 fr. ce qui détermine un taux d'invalidité de 66% et donne droit à un trois-quarts de rente d'invalidité. La date de l'octroi n'est à juste titre pas contestée.

E. 13

Le recours est ainsi admis, la décision du 27 mars 2012 est annulée en tant qu'elle limite la rente octroyée à une demi-rente, l'assuré ayant droit à un trois-quarts de rente dès le 1er juillet 2008. L'intimé sera par ailleurs condamné à un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/1390/2012 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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