

GE_GERICHTE ATAS/543/2017 vom 26. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_543_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/543/2017 du 26 juin 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/543/2017 del 26 giugno 2017

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

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

A/1622/2016 - 21/37 - entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision litigieuse du 20 avril 2016, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des modifications de la LAI suscitées, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 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). Le recours, interjeté dans le délai prévu par la loi, satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA). Il sera donc déclaré recevable en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur la question de savoir si le recourant peut continuer à bénéficier de la rente entière d'invalidité, octroyée à partir du 1er mars 2001, au lieu d'une demi-rente dès le 1er juillet 2011, laquelle a été supprimée fin octobre 2015. Il s'agit donc de déterminer si la réduction, puis la suppression de la rente sont justifiées.

E. 6

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement

A/1622/2016 - 22/37 - dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

E. 7

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). 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 I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 8

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société

A/1622/2016 - 23/37 - (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

E. 9

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est

nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

E. 10

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points

A/1622/2016 - 24/37 - litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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). 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). 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). Ce principe s'applique tant à l'égard du médecin de famille généraliste que du médecin spécialiste (arrêt du Tribunal fédéral I.803/05 du 6 avril 2006 consid. 5.5).

E. 11

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement

A/1622/2016 - 25/37 - 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. 12

a. En l'espèce, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière dès le 1er mars 2001, avant de la réduire à une demi-rente à partir du 1er juillet 2011, puis de la supprimer fin octobre 2015. Il convient donc d'examiner si la situation du recourant a subi un changement important justifiant la réduction de la rente, puis sa suppression. b. À cet égard, s'agissant de la réduction de la rente, l'intimé se réfère, d'une part, à l'avis du SMR du 26 juillet 2012, lequel s'appuie sur le rapport de la CRR du 24 octobre 2005, celui de la SUVA du 16 décembre 2005 et celui de l'expertise psychiatrique du 18 juin 2012. D'autre part, l'intimé se base sur l'avis du SMR du 10 mars 2014 et sur le rapport de réadaptation professionnelle du 7 avril 2014. b/aa. Depuis son premier accident le 3 août 2000, ayant entraîné notamment une rupture du ligament luno-triquétral du poignet gauche, le recourant se plaint de douleurs persistantes à ce niveau-là, de sorte qu'il a subi plusieurs interventions chirurgicales, sans effet positif. Les douleurs étaient quasi permanentes et augmentaient en cas de mouvements et serrage (cf. rapports du Dr D_____ des 21 novembre 2003 et 12 août 2005). Il a alors bénéficié d'un séjour à la CRR en vue d'un bilan du 12 au 28 septembre 2005, laquelle a diagnostiqué une diminution des amplitudes articulaires du poignet gauche, une diminution de l'inclinaison cubitale, sans signe évoquant une algodystrophie, ainsi que des douleurs à la palpation de la tabatière anatomique à gauche. L'atteinte étant de faible importance, un nouveau traitement chirurgical n'était pas indiqué, puisque le recourant disposait d'une mobilité et d'une force relativement bonne. En effet, quand bien même la force de préhension et la force de pincement étaient légèrement moindres pour la main gauche, le recourant, malgré cette atteinte au poignet gauche, était en mesure de pratiquer diverses activités sportives de manière intensive, telles que la natation ou le vélo. Sur cette base, la CRR a conclu que le recourant présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de monteur-électricien, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit éviter les activités de force et de charge pour le poignet gauche. b/bb. Ayant également examiné le recourant, le médecin

d'arrondissement de la SUVA, qui a relevé une discrète hypotrophie au niveau de l'avant-bras gauche et au niveau de la première commissure de la main gauche, a conclu que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (éviter les activités de force, de serrage et de préhension et le port de charge concernant la main gauche), la capacité de travail était complète (cf. rapport du 16 décembre 2005).

A/1622/2016 - 26/37 - b/cc. En vue de l'examen des aptitudes du recourant à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail, celui-ci a bénéficié d'un stage d'observation professionnelle, débuté en juin 2006, auprès du CIP. L'observation en atelier a démontré que les limitations physiques étaient compatibles avec toute activité excluant les mouvements répétitifs du poignet gauche et le port de charge (cf. rapport du CIP du 22 septembre 2006). Le recourant étant motivé à suivre une formation de spécialiste de la nature et de l'environnement, l'intimé a pris en charge le reclassement professionnel en cours d'emploi au sein de l'entreprise U_____ SA, initialement prévu du 4 septembre 2006 au 31 juillet 2008, mais prolongé à trois reprises, dont deux fois en raison d'un épisode dépressif qui empêchait le recourant de passer les examens en vue de l'obtention de son diplôme. b/dd. Dans ce contexte, le Dr H_____, psychiatre, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère. Suite à l'enchaînement d'événements malheureux (accident, atteinte à la santé, opérations) et au conflit familial, notamment avec le fils, le recourant était incapable de préparer ses examens. L'incapacité de travail était totale du 8 juin au 27 juillet 2009 (cf. rapport du 29 septembre 2009). En raison d'une aggravation de l'état dépressif en juin 2011, le psychiatre a ajouté le diagnostic de traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Le recourant avait tendance à agir de façon imprévisible, sans considération pour les conséquences et entraînait facilement en conflit lorsqu'il était contrarié. La poursuite du travail exigeait un effort considérable et il n'avait pas réussi à s'investir pour acquérir son diplôme. La capacité de travail était nulle du 6 juin au 1er août 2011. Le médecin n'était pas en mesure de l'évaluer pour la période postérieure au 14 juillet 2011, le recourant ne venant plus en consultation depuis cette date (cf. rapport du 19 septembre 2011). b/ee. Au vu de ces éléments, l'intimé a mis en œuvre une expertise psychiatrique. Le Dr I_____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen. La tristesse, la diminution de l'élan vital, un certain degré de fatigue, l'atteinte à l'estime de soi et des problèmes attentionnels étaient présents. Au vu des ruminations en lien avec les actes d'abus sexuels dont le recourant avait été victime durant son adolescence, événement qui s'était révélé étrangement, selon le recourant, à la date anniversaire de la catastrophe de Fukushima, une éventuelle pathologie psychotique n'était pas exclue, dans la mesure où l'expert avait observé, en outre, des troubles de la pensée. L'incapacité de travail était de 40% dès le 8 juin 2009, date du premier arrêt de travail attesté par le psychiatre traitant. Les limitations psychiatriques comprenaient : les difficultés à penser et à se concentrer, la fatigue, la fatigabilité, des cognitions négatives liées à la dépression qui diminuaient le rendement au travail, la perte de confiance en soi, la diminution de l'élan vital qui altéraient la capacité d'élaborer des projets et de les mener à terme. Des mesures professionnelles ne sollicitant pas excessivement les capacités intellectuelles étaient possibles (cf. rapport du 18 juin 2012).

A/1622/2016 - 27/37 - b/ff. Sur la base de ces documents, le SMR a retenu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 3 août 2000, mais entière dans une activité adaptée dès le 28 septembre 2005, date de sortie de la CRR, réduite à 60% à partir du 8 juin 2009 pour des motifs psychiatriques. Les limitations fonctionnelles en lien avec la

main gauche incluait la diminution de la force de serrage et de préhension ainsi que l'absence de port de charge. Les limitations fonctionnelles psychiatriques correspondaient à celles retenues par l'expert psychiatre (cf. avis du 26 juillet 2012). Ainsi, aux termes du reclassement professionnel fin juillet 2011 (cf. communication du 29 juillet 2010), le recourant disposait d'une capacité de travail de 60% dans une activité simple et légère, peu exigeante intellectuellement (cf. rapport de réadaptation professionnel du 7 avril 2014). b/gg. Consécutif à une collision en vélo le 20 août 2012, ayant causé une fracture C3 et C4 et des gonalgies gauches, ce qui a nécessité une opération du genou gauche le 10 septembre 2013, le recourant a présenté une incapacité de travail totale dès le 20 août 2012 jusqu'à fin février 2013, puis pour une durée indéterminée. Suite à l'opération du genou, il était en arrêt de travail jusqu'au 8 novembre 2013. b/hh. Dans son avis du 10 mars 2014, le SMR a noté que le recourant était en incapacité de travail totale dès le 20 août 2012, mais qu'il avait récupéré sa capacité résiduelle cinq mois après l'intervention du genou. L'absence de travail à genou, accroupi et en position debout prolongée était ajoutée aux limitations fonctionnelles somatiques. Ainsi, dans son rapport de réadaptation professionnelle du 7 avril 2014, l'intimé a retenu qu'au terme de la convalescence de l'accident d'août 2012, soit depuis février 2014, la capacité de travail était maintenue à 60% dans une activité simple et légère, peu exigeante intellectuellement. c. Quant à la suppression, l'intimé se réfère au rapport de la CRR du 24 août 2015 et à l'avis subséquent du SMR. c/aa. Se plaignant de douleurs à la hanche et à l'épaule ainsi que de problèmes psychologiques, le recourant a bénéficié d'un séjour à la CRR du 14 juillet au 11 août 2015 en vue d'un bilan multidisciplinaire. Dans son rapport, la CRR a posé les diagnostics suivants : troubles dégénératifs lombaires, discrets troubles statiques du rachis (cyphose dorsale à grand rayon de courbure), cervicalgies d'origine musculo-squelettique non-spécifique, tendinopathie chronique du moyen fessier gauche, une gonalgie interne droite, omarthrose bilatérale centrée et trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Les limitations fonctionnelles somatiques suivantes étaient retenues : éviter les activités de force ou en charge avec le poignet gauche, les activités au-dessus du plan des épaules, les ports répétés de charge lourde, les activités nécessitant des mouvements répétitifs des épaules. Les symptômes psychiatriques n'étaient pas incapacitants. L'incapacité de travail dans la profession de conseiller pour la protection de l'environnement était totale du

E. 14

Sur le vu de ce qui précède, en l'absence d'éléments qui auraient été omis ou ignorés par les experts, la chambre de céans retient, à l'instar du SMR, que le recourant présente une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le

A/1622/2016 - 31/37 - 3 août 2000, entière dans une activité adaptée dès le 28 septembre 2005, date de sortie de la CRR, réduite à 60% à partir du 8 juin 2009 pour des motifs psychiatriques, maintenue à 60% aux termes du reclassement professionnel en juillet 2011, nulle du 20 août 2012 à fin janvier 2014 en raison des atteintes somatiques consécutives à la collision en vélo, maintenue à 60 % de février 2014 à fin juin 2015, puis entière dès juillet 2015. Les modifications de la capacité de travail du recourant les 28 septembre 2005, 8 juin 2009, 20 août 2012, 1er février 2014 et 1er juillet 2015 justifient effectivement une révision.

E. 15

Reste à se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est

invalide à 66 2/3% 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. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (en vigueur depuis le 1er janvier 2008), 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 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). 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), soit en supposant de manière abstraite qu'il existe sur ce marché de travail une offre suffisante quant à l'activité ou aux activités que l'assuré est à même d'exercer malgré son atteinte à la santé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_346/2007 du 23 janvier 2008 consid. 6.3). 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/1622/2016 - 32/37 - générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 22 consid. 4.3.1). 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, 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). Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

A/1622/2016 - 33/37 -

E. 16

a. En l'occurrence, il convient de rappeler que les degrés d'incapacité de travail ont été les suivants : – du 3 août 2000 au 27 septembre 2005 : une capacité de travail nulle dans toute activité ; – du 28 septembre 2005 au 7 juin 2009 : une capacité de travail entière dans une activité adaptée ; – du 8 juin 2009 au 19 août 2012 : une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée ; – du 20 août 2012 au 31 janvier 2014 : une capacité de travail nulle dans toute activité ; – du 1er février 2014 au 30 juin 2015 : une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée ; – dès le 1er juillet 2015 : une capacité de travail entière dans une activité adaptée. b. À l'échéance d'une année d'attente à compter du 3 août 2000, soit dès août 2001, comme l'a retenu à juste titre l'intimé, l'incapacité de travail totale dans toute activité correspond à une invalidité de 100% et donne droit à une rente entière d'invalidité. En effet, lorsque le taux de capacité de travail est identique dans toute activité, soit tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, il n'y a pas lieu de procéder à une comparaison des gains ; le taux d'invalidité se confond dans cette hypothèse au taux d'incapacité de travail (cf. ATAS/279/2017 du 11 avril 2017 consid. 17b). c. En ce qui concerne la période du 28 septembre 2005 au 7 juin 2009, il y a lieu d'arrêter le revenu sans invalidité à CHF 66'133.- (sur la base des données communiquées par l'employeur, soit $[29.35 \times 40] \times 8.33\% + 1'271.7942 \times 4 \times 13$). Le revenu avec invalidité se monte quant à lui à CHF 52'101.- (soit le salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 4, total, selon l'ESS 2004_TA1, 41.7 heures hebdomadiers [statistiques de la durée normale du travail dans les entreprises fixées par l'office fédéral de la statistique]), c'est-à-dire $4'588 \times 12 \times 41.7 / 40$, ce qui porte le salaire annuel à CHF 57'396.-. Adapté en 2005 selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes (ISS ; en 2004 : 1975 et en 2005 : 1992), le revenu s'élève à CHF 57'890.- ($57'396 \times 1992 / 1975$), dont il y a lieu de retrancher 10% (pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère est possible), ce qui donne un revenu annuel avec invalidité de CHF 52'101.- ($57'890 - 5'789$). Partant, le degré d'invalidité du recourant est de 21.21% ($(66'133 - 52'101) / 66'133 \times 100$), arrondi à 21%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. d. S'agissant de la période du 8 juin 2009 au 19 août 2012, le revenu sans invalidité se chiffre à CHF 70'914.- (soit 66'133.- en 2005, indexé en 2009 [ISS ; en 2005 : 1992 et en 2009 : 2136]). Le revenu avec invalidité se monte à CHF 33'070.- (salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 4, total, selon l'ESS

A/1622/2016 - 34/37 - 2008_TA1, 41.6 heures hebdomadiers), soit $4'806 \times 12 \times 41.6/40$, ce qui porte le salaire annuel à CHF 59'979.-. Réactualisé en 2009 (ISS ; en 2008 : 2092 et en 2009 : 2136), le revenu s'élève à CHF 61'241.- ($59'979 \times 2136/2092$) pour un plein temps, mais à CHF 36'745.- pour taux d'occupation de 60%. Il convient encore d'appliquer à ce revenu une déduction de 15%. En effet, compte tenu du fait que seule une activité légère adaptée aux limitations fonctionnelles est possible, de l'absence prolongée du recourant du monde du travail, soit neuf ans depuis 2000, et du taux d'occupation, une déduction de 15% apparaît plus appropriée (cf. dans ce sens ATAS/958/2016 du 22 novembre 2016 consid. 12d et les arrêts cités). Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à CHF 31'233.- ($36'745 - 5'512$). Le degré d'invalidité est ainsi de 55.95% ($(70'914 - 31'233)/70'914 \times 100$), arrondi à 56%, ce qui donne droit à une demi-rente. e. Pour la période du 20 août 2012 au 31 janvier 2014, à l'instar du consid. 16b ci-dessus, une capacité de travail nulle dans toute activité donne droit à une rente entière. f. Pour ce qui est de la période du 1er février 2014 au 30 juin 2015, le revenu sans invalidité est de CHF 73'617.- (soit 71'992 en 2011 [cf. rapport de l'intimé du 7 avril 2014], adapté en 2014 (ISS ; en 2011 : 2171 et en 2014 : 2220). Quant au revenu d'invalidé, il se chiffre à CHF 30'891 (salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 1, total, selon l'ESS 2014_TA1, 41.7 heures hebdomadiers), soit $5'312 \times 12 \times 41.7/40$, ce qui porte le salaire annuel à CHF 66'453.- pour un plein temps, mais à CHF 39'872.- au vu de la capacité de travail de 60%, montant auquel il convient de déduire 15%, ce qui donne un revenu avec invalidité de CHF 33'891.- ($39'872 - 5'981$). Le degré d'invalidité est dès lors de 53.96% ($(73'617 - 33'891)/73'617 \times 100$), arrondi à 54%, ce qui donne le droit à une demi-rente. g. Enfin, dès le 1er juillet 2015, le revenu sans invalidité est de CHF 73'816.- (soit 71'992 en 2011, adapté en 2015 [ISS ; en 2011 : 2171 et en 2015 : 2226]. Quant au revenu d'invalidé, il se chiffre à CHF 56'638 (soit 66'453.- selon l'ESS 2014, réactualisé en 2015 [ISS ; en 2014 : 2220 et en 2015 : 2226], c'est-à-dire $66'453 \times 2226/2220 = CHF 66'633.-$, montant auquel il convient de retrancher 15% pour les motifs exposés ci-dessus, ce qui donne un revenu annuel de CHF 56'638 ($66'633 - 9995$) pour un plein temps. Le degré d'invalidité est ainsi de 23.27% ($(73'816 - 56'638)/73'816 \times 100$), arrondi à 23%, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente. h. Au vu de ce qui précède, la décision querellée, en tant qu'elle ne tient pas compte des degrés d'incapacité de travail, en particulier du 28 septembre 2005 à fin janvier 2014, pourtant retenus par le SMR, sera annulée.

E. 17

Reste encore à déterminer les dates auxquelles les rentes doivent être octroyées et remplacées.

A/1622/2016 - 35/37 - En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. En cas de décision

simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI, lequel prévoit que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, 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 revanche, si l'incapacité de gain ou l'impotence d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. La modification du droit à la rente n'intervient qu'après l'écoulement de trois mois complets (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 pour un exemple de calcul lorsque l'amélioration ne survient pas en début de mois). En allouant rétroactivement une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire, l'autorité administrative règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 136 V 45 consid. 6.2).

E. 18

a. En l'espèce, le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité à partir du 3 août 2000, de sorte qu'il a droit à une rente entière dès le 1er août 2001 (soit à l'échéance d'une année), et non pas dès le 1er mars 2001, comme retenu à tort par l'intimé. La rente entière sera supprimée à compter du 1er janvier 2006, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain survenue le 28 septembre 2005. b. Dès lors que le recourant a présenté une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée à partir du 8 juin 2009, il a droit à une demi-rente dès le 1er juin

A/1622/2016 - 36/37 - 2010 (soit à l'échéance d'une année). Le recourant a ensuite droit à une rente entière dès le 1er décembre 2012 (soit trois mois après l'aggravation de son état de santé survenue le 20 août 2012), à une demi-rente dès le 1er mai 2014 (soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain survenue le 1er février 2014), laquelle sera supprimée dès le 1er octobre 2015 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain survenue le 1er juillet 2015).

E. 19

Le recours sera donc partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière du 1er août 2001 au 31 décembre 2005, à une demi-rente du 1er juin 2010 au 30 novembre 2012, à une rente entière du 1er décembre 2012 au 30 avril 2014, à une demi-rente dès le 1er mai 2014, laquelle sera supprimée dès le 1er octobre 2015.

E. 20

Le recourant, non représenté par un avocat, n'a pas droit à une indemnité de procédure (cf. ATAS/383/2017 du 16 mai 2017 consid. 16).

E. 21

Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1622/2016 - 37/37 - 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.