

GE_GERICHTE ATAS/672/2018 vom 31. Juli 2018

GE Cour de justice, 2018-07-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_672_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/672/2018 du 31 juillet 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/672/2018 del 31 luglio 2018

Erwägungen

E. 1

a. 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), la CJCAS 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. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI). c. Les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours dans le délai de trente jours dès la notification de la décision (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA). Si le délai, compté par jours, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante), en

A/2663/2017 - 9/19 - ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_621/2007 du 5 mai 2008 consid. 4.2). d. En l'espèce, la décision du 8 mai 2017 a d'abord été expédiée par pli simple au recourant, qui soutient ne l'avoir alors pas reçue. Il allègue que « sans nouvelles, [il] a constaté un jour que son compte avait été crédité d'une somme d'argent par la caisse [...]. Lors de son entretien téléphonique du 22 mai [avec un gestionnaire de l'OAI], il a demandé à ce que la décision ayant conduit à [ce] versement lui soit adressée. Par courriel du jour-même, le gestionnaire [lui] a transmis la décision ». La chambre de céans constate que si les explications données par le recourant pour justifier la recevabilité de son recours ne sont pas limpides, dès lors qu'il omet de préciser si c'est le 22 mai 2017 – date à laquelle la décision attaquée lui a été réexpédiée par courriel – ou antérieurement qu'il a constaté le virement bancaire l'ayant conduit à prendre contact avec l'OAI, il n'en demeure pas moins que le dossier ne contient pas de preuve dont on pourrait déduire qu'il aurait reçu la décision avant le 22 mai 2017. Il convient donc de se fonder sur ses déclarations et de retenir qu'il a reçu la décision à cette

date. Partant, il a agi en temps utile en saisissant la chambre de céans d'un recours le 19 juin 2017 (art. 60 al. 1 LPGA). Satisfaisant par ailleurs aux exigences – modestes – de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA), le recours est recevable.

E. 2

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2). En l'espèce, la décision attaquée accorde à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps (du 1er avril au 31 août 2016) et nie son droit à des mesures d'ordre professionnel. Dans son recours, l'assuré se limite à requérir le versement de la rente dès le 1er janvier 2016 et au-delà du 31 août 2016, sans remettre en question le refus de l'intimé de lui accorder des mesures professionnelles. Est donc seul litigieux son droit à une rente pour les périodes courant respectivement du 1er janvier au 31 mars 2016 et au-delà du 1er août 2016.

E. 3

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est

A/2663/2017 - 10/19 - 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.

E. 4

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

E. 5

L'art. 17 al. 1er 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. 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). 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'article 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). Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

A/2663/2017 - 11/19 -

E. 6

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). 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). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'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). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre

pratiquement plus en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1, non publié in ATF 133 V 545). 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). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien- fondé d'une telle appréciation. Il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration, mais 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).

A/2663/2017 - 12/19 -

E. 7

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 importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3). 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 LPG) 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus

A/2663/2017 - 13/19 - 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 ; RJJ 1995 p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 8

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves. Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; 128 III 411 consid. 3.2 ; 130 I 184 consid. 3.2). Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Il n'existe 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 322 consid. 5a).

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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation

anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de

A/2663/2017 - 14/19 - la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d).

E. 10

En l'espèce, l'intimé, se fondant notamment sur l'expertise du Dr F_____ - auquel le SMR s'est rallié -, a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité, limitée à la période courant du 1er avril au 31 août 2016. Il a retenu que l'assuré était totalement incapable d'exercer la profession d'employé d'entretien depuis le 13 avril 2015, mais qu'il avait recouvré, le 1er juin 2016, une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. De son côté, le recourant réclame le versement d'une rente dès le 1er janvier 2016 et au-delà du 31 août 2016. Il soutient que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis l'installation de sa prothèse du genou droit et reproche à l'expert ainsi qu'au SMR d'avoir évalué sa capacité de travail sans tenir compte de ses atteintes dorsales et scapulaires. Il critique également le fait que le dossier de l'intimé ne contienne pas de pièces relatives à une première demande de prestations AI qu'il a déposée dans les années quatre-vingts à la suite d'un accident de chantier (chute d'une lourde charge sur son épaule gauche).

E. 11

a. La chambre de céans constate que l'expertise du Dr F_____, bien que relativement succincte, est fondée sur les indications subjectives de l'assuré, sur un examen rhumatologique complet et une anamnèse, dont il ressort notamment que l'intéressé a jadis été victime d'un accident ayant touché sa clavicule gauche, opérée en 1980 ; l'accident de chantier évoqué par le recourant n'a donc pas été ignoré par l'expert. Cette expertise, dont les conclusions sont claires, motivées et exemptes de contradictions, satisfait dès lors aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Il en ressort une capacité de travail nulle dans l'activité antérieure de nettoyeur, mais de 100% avec une diminution de rendement de 10% dans toute activité adaptée de type sédentaire, permettant à l'assuré d'alterner les positions assise/debout deux fois par heure et d'éviter les marches excédant une demi-heure, les montées/descentes répétées d'escaliers et les positions accroupies. Les conclusions des spécialistes consultés par l'assuré rejoignent dans une large mesure celles de l'expert F_____. En effet, le Dr C_____, chirurgien orthopédiste, a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité antérieure mais entière dans une activité adaptée. Quant au Dr E_____, chirurgien orthopédiste, il a également jugé envisageable l'exercice d'une activité « non manuelle », telle qu'une activité de bureau (cf. notamment ses rapports des 11 novembre 2016 et 17 janvier 2017). De son côté, la Dre B_____, endocrinologue et diabétologue, a d'abord chiffré la capacité de travail dans une activité adaptée à 50% en juillet 2015, soit avant l'installation de la prothèse du genou droit, puis elle a renoncé, en décembre 2015, à se prononcer sur la capacité de travail et a invité l'administration à s'adresser au médecin orthopédiste de l'assuré. Au vu de ce qui précède, force est de constater que les conclusions des spécialistes consultés par l'assuré ne s'écartent pas fondamentalement de celles de l'expert et qu'elles tendent à corroborer

A/2663/2017 - 15/19 - l'existence d'une capacité résiduelle de travail importante dans toute activité adaptée. b. Il convient de rappeler que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui y auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2). En l'occurrence, le recourant ne met en évidence aucun élément pertinent et objectivement vérifiable que l'expert F_____ ou ses médecins pourraient avoir omis de prendre en considération. En particulier, c'est en vain qu'il reproche à l'expert d'avoir omis de tenir compte de ses problèmes dorsaux et scapulaires : outre le fait qu'il n'a pas signalé dans sa demande de prestations, déposée en 2015, l'existence d'atteintes dorsales ou scapulaires, a fortiori incapacitante, il ressort de l'expertise (pp. 5 et 7) que le Dr F_____, lors de son examen clinique, n'a pas vérifié uniquement la mobilité de ses genoux mais aussi celle de ses épaules ainsi que de son rachis. Or, cet examen clinique s'est révélé normal et a démontré une mobilité non limitée au niveau des cervicales, du tronc et des articulations périphériques. De surcroît, l'expert a précisé que les mouvements des épaules et du rachis n'entraînaient pas de douleurs. Dans ces conditions, les troubles dorsaux et scapulaires invoqués paraissent impropres à remettre en question les conclusions de l'expertise et c'est à tort que le recourant se prévaut d'une violation de l'obligation d'instruire en relation avec ceux-ci. L'absence de pièces relatives à une première demande de prestations que le recourant aurait déposée dans les années quatre-vingts n'est pas décisive non plus, dès lors que postérieurement à celle-ci, l'intéressé a pu exercer diverses activités lucratives (conducteur de machines-outils, concierge, etc.), y compris à plein temps, pendant plus de vingt ans. Il sied encore de préciser que l'expert a déjà tenu compte de la persistance de douleurs postérieurement à l'installation de la prothèse, en précisant dans son rapport (p. 6) : « alors que les suites opératoires immédiates se révèlent sans complication, [...] l'assuré va continuer de souffrir de gonalgies droites mécaniques malgré une longue prise en charge de rééducation fonctionnelle active, se rajoutant [à] des épisodes de blocages à quelques reprises en avril 2015 et un autre début juin, contrôle clinique et radiologique réalisé chez les orthopédistes des HUG le 7 juin 2016 vérifiant une normalité de l'implantation prothétique ». Quant au Dr E_____, il a également fait état de douleurs persistantes, mais n'en a pas tiré de conclusion quant à l'aptitude de l'assuré à exercer une activité adaptée. Enfin, contrairement à ce que semble considérer le recourant, le fait qu'un changement de prothèse pourrait s'avérer nécessaire à l'avenir ne remet pas en question la capacité de travail retenue par l'expert, dès lors que ce fait revêt un caractère hypothétique et

A/2663/2017 - 16/19 - ne surviendrait, le cas échéant, que postérieurement à la décision attaquée. Or, le juge appelé à se prononcer sur la légalité d'une décision rendue par une assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b). c. À défaut d'éléments susceptibles de les remettre en question, la chambre de céans se rallie aux conclusions convergentes de l'expert F_____, du SMR et des médecins du recourant. À l'instar de l'intimé, elle retiendra donc, au degré de la vraisemblance prépondérante, une capacité de travail nulle dans la profession de nettoyeur dès le 13 avril 2015, mais de 100% - avec une diminution de rendement de 10% - dans toute activité aux limitations fonctionnelles énoncées par l'expert, dès le mois de juin 2016 au plus tard. d. S'agissant du début de l'incapacité de travail

durable, que le recourant semble remettre en question, le SMR l'a situé au 13 avril 2015, c'est-à-dire à la date à partir de laquelle l'intéressé a cessé de travailler selon les informations communiquées par son ex-employeur (cf. pièce 4 du dossier de l'intimé). La chambre de céans s'en tient à cette date, laquelle n'exclut pas que le recourant ait pu présenter antérieurement des incapacités de travail transitoires, par exemple à la suite de sa première opération du genou, en janvier 2015.

E. 12

a. L'intimé a retenu qu'au terme du délai de carence d'un an, le 13 avril 2016, et jusqu'en mai 2016, l'assuré avait présenté un degré d'invalidité de 100%. Dès le 1er juin 2016, l'intimé a fixé le degré d'invalidité à 12% en comparant le revenu sans invalidité (CHF 61'708.-) que l'assuré aurait perçu en bonne santé à 100% selon son ex-employeur, en tenant compte de l'évolution des salaires, avec le revenu statistique d'invalidé (CHF 54'234.-) qu'il aurait été en mesure de réaliser au même taux malgré son état de santé dans une activité adaptée à ses limitations, après déduction d'une perte de rendement de 10% et d'un abattement de 10% (Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, tableau T1_tirage_skill_level [secteur privé et public], niveau 1, indexé ; cf. pour le détail la pièce 45 du dossier de l'intimé). Le recourant soutient que la table statistique à laquelle s'est référé l'intimé pour évaluer son revenu d'invalidé couvre notamment des activités lourdes, incompatibles avec son état de santé. b. En l'occurrence, il convient de se référer à l'ESS 2012 plutôt qu'à l'ESS 2014, dès lors que la version 2014 de cette enquête n'était pas encore publiée au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du tribunal fédéral 8C_228/2017 du

E. 14

Mal fondé, le recours est rejeté.

E. 15

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, le recourant sera condamné au paiement d'un émolument, arrêté au montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). Vue l'issue donnée au recours, il n'y a pas matière à allocation d'une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA). ****

A/2663/2017 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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