

GE_GERICHTE ATAS/687/2018 vom 16. August 2018

GE Cour de justice, 2018-08-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_687_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/687/2018 du 16 août 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/687/2018 del 16 agosto 2018

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), 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

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA-GE). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

Est litigieux le droit du recourant à une rente entière d'invalidité après le 31 mai 2016, respectivement l'appréciation de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité de travail dans une activité adaptée à celles-ci.

E. 5

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).

A/3669/2017 - 9/18 - 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). b. 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). c. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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.

E. 6

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

A/3669/2017 - 10/18 - 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. c. Un rapport du SMR 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). d. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 7

a. 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 p. 324 s.). 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

A/3669/2017 - 11/18 - (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2016 consid. 5.2.2.). 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). b. 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 (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du

E. 12

juin 2013 consid. 4.1). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un

droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). c. Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). Elle est tenue d'éclaircir l'état de fait déterminant avant de rendre sa décision (ATF 132 V 368 consid. 4). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

A/3669/2017 - 12/18 - 8. a. En l'espèce, le recourant dénie toute valeur probante au rapport SMR du 10 avril 2017 au motif qu'il se base tant sur de simples hypothèses que sur le bref rapport du Dr L_____ qui ne permet pas de définir clairement sa situation médicale. b. S'agissant du rapport SMR du 10 avril 2017, il fait la synthèse des derniers rapports médicaux contenus dans le dossier, à savoir ceux du Dr D_____ du 6 mai 2014, du Dr M_____ du 24 mars 2015, du Dr N_____ du 3 mai 2016 et du Dr L_____ du 21 janvier 2017. Il retient l'existence, le 9 janvier 2014, d'un traumatisme lombaire et de la hanche droite, ainsi qu'une atteinte principale à la santé consistant en une coxarthrose débutante post-traumatique. S'agissant de la hanche, il relève que l'IRM, pratiquée le 24 janvier 2014, a mis en évidence une déchirure du labrum antéro-postérieure de la hanche droite et que le recourant a subi, le 28 mai 2015, une acétabuloplastie avec suture labrale, réinsérée par trois ancrs, dont le résultat n'est que partiellement favorable puisque le recourant conserve des douleurs importantes de la hanche et un enraidissement modéré. Une infiltration intra-articulaire a été pratiquée en juillet 2016 et le recourant n'a pas reconsulté les HUG depuis lors. Le Dr L_____ attribue les douleurs persistantes de la hanche à une arthrose débutante et n'envisage pas d'amélioration spontanée. Il considère que l'activité de coursier n'est plus exigible et qu'une activité sédentaire adaptée aux limitations fonctionnelles est possible au taux de 100 %. S'agissant de l'aspect lombaire, le recourant présente une lombosciatalgie S1 droite, non déficitaire et non invalidante, sans substrat radiologique. Sur la base de cette synthèse des rapports médicaux, le SMR procède à la même appréciation de la capacité de travail du recourant que le Dr L_____ et fixe au 1er mars 2016 l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le recourant conteste que le SMR puisse reprendre l'appréciation faite par le Dr L_____ de sa capacité de travail au motif notamment que le rapport succinct de ce dernier ne permet pas d'établir précisément sa situation médicale et qu'il ne définit pas ses limitations fonctionnelles. c. En l'occurrence, le Dr L_____ définit les limitations fonctionnelles du recourant en citant les limitations-types des troubles de la hanche, à savoir l'absence de

marche sur de longues distances et de positions contraignantes pour la hanche (accroupie, à genoux, etc.), ainsi que la limitation du port de charges. Le recourant relève que pour le détail des limitations fonctionnelles, le Dr L_____ renvoie à une évaluation auprès de la SUVA, de sorte que son appréciation est purement théorique. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'appréciation du Dr L_____ n'est pas purement théorique, puisqu'elle se réfère aux limitations-types retenues en cas de coxarthrose, soit aux troubles dont souffre le recourant. Pour sa part, le SMR les adapte à la situation du recourant en fixant la limitation de la marche à plat à 500 m, en ajoutant également l'absence de montées et descentes répétées des escaliers, ainsi que le travail en hauteur et en fixant la limitation du port de charges à 15 kg. Dans la mesure où le SMR détaille les limitations

A/3669/2017 - 13/18 - fonctionnelles du recourant qui tiennent compte de sa coxarthrose et que celui-ci ne produit aucun rapport médical motivé démontrant que le SMR aurait ignoré une quelconque limitation fonctionnelle, on ne peut pas lui faire grief de ne pas avoir interpellé la SUVA. Faute d'élément permettant de douter de la pertinence des limitations retenues par le SMR, il n'y a pas lieu de s'en écarter. d. S'agissant de la situation médicale du recourant, le Dr L_____ retient comme diagnostic responsable des douleurs, essentiellement une coxarthrose droite débutante, sans qu'il ne soit possible d'exclure une composante labrale aux douleurs. Autrement dit, il est possible que l'opération pratiquée au labrum n'ait pas supprimé tout l'état pathologique et, en plus, il existe une coxarthrose débutante. L'argument du recourant selon lequel le Dr L_____ n'a pas posé un diagnostic clair mais s'en est tenu à de simples hypothèses est infondé. En effet, la simple possibilité d'un fait ne permet pas d'établir son existence en droit des assurances sociales, celle-ci devant être prouvée au degré de la vraisemblance prépondérante. Or, il n'existe aucun élément médical permettant de retenir l'hypothèse d'un état pathologique du labrum, étant précisé que le recourant ne produit aucune pièce médicale faisant douter du seul diagnostic de coxarthrose retenu par le Dr L_____. Si l'IRM préconisée par le Dr J_____ avait révélé une nouvelle déchirure du labrum, le recourant n'aurait pas manqué de produire dans la procédure le rapport y relatif. Par conséquent, il est établi que la persistance des douleurs est provoquée par une coxarthrose débutante, de sorte que la situation médicale du recourant est suffisamment claire sans qu'il ne soit nécessaire de procéder à une instruction complémentaire à ce sujet. e. S'agissant de la capacité de travail, tous les médecins qui se sont prononcés retiennent que les troubles lombaires ne sont pas incapacitants, de sorte que seule la coxarthrose entraîne une incapacité de travail dans l'activité habituelle de coursier. Le Dr L_____ précise que pour savoir dans quelle mesure le recourant est capable de reprendre son activité habituelle à 100 %, il doit revoir le recourant en consultation. Toutefois, le SMR considère que l'activité habituelle n'est plus exigible. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr L_____ considère que, théoriquement, une coxarthrose est tout à fait compatible avec un travail dit de bureau, soit une activité sédentaire légère, et qu'il serait possible de travailler à 100 % dans une telle activité. Le recourant reproche au Dr L_____ d'avoir procédé à une appréciation théorique de sa capacité de travail résiduelle dès lors que son dernier examen date du mois de juillet 2016. Il est vrai que la dernière consultation aux HUG remonte à la dernière infiltration à la hanche droite, pratiquée une année avant la décision litigieuse. Par conséquent, celle-ci est relativement ancienne, sans que l'on discerne en quoi elle serait purement théorique. En effet, si le Dr L_____ mentionne le mot « théoriquement », il l'utilise dans le sens « en principe », sans que cela signifie que son évaluation ne tiendrait pas compte de l'état de santé concret du recourant. Au contraire, son rapport mentionne les troubles dont souffre le

recourant, le traitement

A/3669/2017 - 14/18 - entrepris et le pronostic, ce qui démontre qu'il a pris en considération la situation concrète du recourant pour évaluer sa capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Par conséquent, le grief d'une appréciation théorique est infondé. Au demeurant, dans un cas similaire de coxarthrose avec rachialgies diffuses accompagnées de sciatalgie droite dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal lombaire étroit, petite hernie discale L1-L2 et anomalie transitionnelle lombo-sacrée, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles a également été reconnue à une assurée avant la pose d'une prothèse de hanche (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_25/2012 du 25 avril 2012). Même si les renseignements médicaux ne sont pas tout récents, le recourant ne produit aucun rapport médical à l'appui de son recours permettant de considérer que l'appréciation de sa capacité de travail dans une activité adaptée n'est plus d'actualité. En définitive, les griefs que le recourant formule contre le rapport du Dr L _____ sont infondés, de sorte que le SMR pouvait se baser sur ledit rapport pour évaluer sa capacité de travail dans une activité adaptée. f. Le rapport SMR du 10 avril 2017 fixe au mois de mars 2016 l'exigibilité d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il ne motive pas sa conclusion quant à cette date. Toutefois, il ressort du dossier médical que le mois de mars 2016 correspond à la consultation de contrôle post-opératoire à dix mois, faite par le Dr J _____, après la prescription de séance de physiothérapie ayant pour but de débiter la musculation de la hanche qui n'a pas eu d'effet favorable. Par conséquent, une telle exigibilité fixée dix mois après l'opération du labrum et après traitement de physiothérapie, n'apparaît pas comme critiquable. En définitive, l'avis du SMR résume la situation médicale et procède à l'appréciation de celle-ci, alors que le recourant ne produit pas d'éléments médicaux objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés par le SMR et qui seraient suffisamment pertinents pour établir le caractère incomplet de la documentation médicale. S'agissant des résultats de la dernière infiltration de juillet 2016, la chambre de céans ne discerne pas en quoi le SMR aurait violé son devoir d'instruction, puisque le recourant n'a pas revu le service de chirurgie orthopédique et traumatologie des HUG, de sorte que de tels résultats n'existent pas. Quant à la proposition de mise en place d'une prothèse totale de hanche, elle n'a pas d'incidence sur l'appréciation de l'état de santé actuel du recourant. En effet, manifestement elle n'a pas encore eu lieu, sinon le recourant s'en serait prévalu, et si elle devait se réaliser, elle pourrait être prise en considération sous l'angle d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 127 V 294 consid. 4 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_604/2010 du 22 octobre 2010 consid. 3.2).

A/3669/2017 - 15/18 - g. Par conséquent, on ne saurait considérer que le SMR n'a pas suffisamment instruit l'état de fait, respectivement dénier une valeur probante à son rapport final. Aussi la chambre de céans suivra-t-elle ses conclusions, à savoir que le recourant présente une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle de coursier et une capacité de travail de 100 % dès le 1er mars 2016 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 9. 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 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). 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). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu

A/3669/2017 - 16/18 - contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). 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). b. En l'espèce, s'agissant de la quotité de l'invalidité, le recourant ne conteste aucun des revenus ayant servi de base à la fixation du degré d'invalidité, ni l'abattement de 10 % que l'intimé a opéré sur le revenu d'invalide. Par ailleurs, la chambre de céans ne discerne aucun vice dans l'évaluation du degré d'invalidité effectuée par l'intimé, si ce n'est que celui-ci a calculé le droit à la rente en adaptant les revenus avec et sans invalidité à l'augmentation des salaires nominaux jusqu'en 2015, au lieu de 2016, année de naissance du droit à la rente (cf. art. 29 al. 1 LAI). Toutefois, au vu du parallélisme de l'erreur, qui a été faite sur les deux revenus, et du degré d'invalidité du recourant dès le 1er juin 2016, qui est nettement inférieur à 40 %, il n'y a pas lieu de revoir le calcul de l'intimé, l'erreur n'ayant pas d'incidence sur le droit à la rente. Par conséquent, il convient de confirmer que le degré d'invalidité du recourant dès le 1er juin 2016 est inférieur à 40 %, respectivement qu'un tel taux ne donne plus droit à une rente d'invalidité.

10. a. 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 propres 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). b. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du

E. 17

janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel

A/3669/2017 - 17/18 - changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. c. En l'espèce, le recourant conteste que sa capacité de gain se soit améliorée dès le 1er juin 2016 dès lors qu'il ne présente aucun changement dans son état de santé. S'il est bien vrai que l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré depuis le mois de mars 2016, il n'en demeure pas moins que depuis ledit mois, le SMR considère au regard du diagnostic posé et sur la base des précisions apportées par le Dr L_____, qu'il est en mesure d'exercer à 100 % une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par conséquent, force est de constater que même si l'état de santé du recourant n'a pas connu de modification sensible, les conséquences de celui-ci permettent désormais d'exiger de sa part qu'il mette en œuvre sa capacité de travail résiduelle de 100 % dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles. Aussi existe-t-il un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA, qui autorise l'intimé à mettre un terme au droit à la rente trois mois après le début de ce changement déterminant, soit dès le 1er juin 2016. 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique, il sera renoncé à percevoir un émolument. Vu l'issue donnée au recours, il n'y a pas matière à allouer une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA). * * * * *

A/3669/2017 - 18/18 - 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.