

GE_GERICHTE ATAS/690/2018 vom 20. August 2018

GE Cour de justice, 2018-08-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_690_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/690/2018 du 20 août 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/690/2018 del 20 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) 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

A/1127/2017 - 10/18 - 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]). 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

Le litige porte sur le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité non limitée dans le temps et, plus particulièrement sur la valeur probante des pièces médicales au dossier et sur le caractère complet de l'instruction du dossier par l'OAI.

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 en vigueur dès le 1er janvier

2008). b. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). c. 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

A/1127/2017 - 11/18 - 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).

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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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. b/aa. 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

A/1127/2017 - 12/18 - 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).

b/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

E. 7

a. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1; I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274). b. La notion de marché équilibré du travail, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas relevant de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité. Elle

présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (cf. ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; voir également arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3 in RCC 1991 p. 329). Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment, l'activité exigible, au

A/1127/2017 - 13/18 - sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. arrêts 9C_984/2008 du 4 mai 2008 consid. 6.2; I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a in RCC 1989 p. 328; 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. par exemple arrêts 9C_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1; 9C_881/2009 du 1^{er} juin 2010 consid. 4.2.3 déjà cités). c. Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références). Selon le Tribunal fédéral, un âge proche de 60 ans peut être considéré comme un seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

E. 8

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/1127/2017 - 14/18 - 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. 9

a. En l'espèce, l'intimé a rendu la décision querellée sur la base de l'avis du SMR du 25 avril 2014, établi à la suite de l'appréciation du Dr E_____ du 14 avril 2014. Il convient dès lors d'examiner la valeur probante de ces rapports. A titre liminaire, il sied de relever que l'avis du SMR du 25 avril 2014 constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI précité et qu'il a pour seule fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier. Il ne peut comporter des conclusions nouvelles. En tant qu'il porte une appréciation sur la situation médicale du recourant compte tenu, essentiellement, des conclusions du Dr E_____ du

E. 14

avril 2014, il convient d'examiner la valeur probante du rapport du médecin d'arrondissement précité et, cela fait, la cohérence de l'avis du SMR. Force est de constater que le rapport du 14 avril 2014 du Dr E_____ remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient le résumé du dossier, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Sur le fond, le Dr E_____ a évoqué les diagnostics de fracture-luxation radio- carpienne droite ayant nécessité un traitement chirurgical et arthrose radio- carpienne évolutive. Au vu des plaintes du recourant (douleur fluctuante, améliorée par le traitement anti-inflammatoire et antalgique, par moments, douleurs de type électrique au niveau des doigts de la main droite), le médecin d'arrondissement a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges répétitif de plus de 10 kg, pas d'utilisation d'outils vibratoires ou de perçage lourd, pas de mouvements répétitifs du poignet droit et pas de mouvements nécessitant une force de serrage répétitive. Dans une activité adaptée à ces limitations, la capacité de travail était entière. Certes, l'appréciation du 14 avril 2014 a été établie par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Toutefois, en tant que le Dr E_____ ne limite pas son examen et ses constatations aux seules questions relevantes pour l'assurance- accidents, ses rapports peuvent être pris en considération par l'OAI pour l'appréciation de la capacité de travail (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2008 du 1er octobre 2008 consid.3.2). Certes, le médecin d'arrondissement précité n'a pas évoqué le CRPS secondaire dans son appréciation finale. Cela n'est toutefois pas surprenant, dès lors que le Dr B_____ a lui-même fait état d'un status post

A/1127/2017 - 15/18 - CRPS dans son rapport du 4 février 2014, ce qui laisse sous-entendre que l'atteinte était guérie à cette date. Dans ces circonstances, aucune critique ne peut être formulée à l'encontre du SMR qui n'a fait que reprendre les conclusions du rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA, auquel une pleine valeur probante doit être reconnue. b. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés

dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). En l'espèce, le recourant ne conteste pas les conclusions du Dr E_____ mais reproche à l'OAI de ne pas avoir entrepris une instruction complémentaire au vu des certificats établis par ses médecins et du délai entre l'appréciation du SMR (25 avril 2014), le projet de décision (4 octobre 2016) et la décision querellée (24 février 2017). Certes, on peut se demander pour quels motifs le projet de décision n'a été rendu que le 4 octobre 2016 alors que l'avis de SMR, dont il ressort qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée était exigible, date du 25 avril 2014 et que les mesures de reclassement au sein de l'entreprise G_____ ont été interrompues au cours de l'été 2015. Ce long délai ne justifie toutefois pas la reprise de l'instruction médicale en l'absence d'éléments plaidant en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant. Or, force est de constater qu'entre l'avis du SMR du 25 avril 2014 et la décision querellée, seuls deux rapports ont été adressés à l'OAI : ■ un rapport intermédiaire établi par le Dr B_____, datant du 2 juin 2014, antérieur aux mesures de reclassement, et ■ un certificat de la Dresse F_____ du 15 avril 2015, faisant état d'une incapacité de travail de 50% depuis le 15 avril 2015, pour une durée indéterminée. Aucun de ces médecins n'explique en quoi les conclusions du Dr E_____ seraient erronées et aucun d'entre eux n'évoque une aggravation de l'état de santé.

Postérieurement à la décision litigieuse, le recourant a encore produit les deux documents suivants : ■ un certificat de la Dresse H_____ du 25 octobre 2017 attestant également d'une incapacité de travail de 50% du 25 octobre au 30 novembre 2017 ;

A/1127/2017 - 16/18 - ■ un rapport de la Dresse H_____ du 31 octobre 2017, dans lequel ce médecin rappelle les diagnostics et précise que la capacité de travail est de 50%, « selon le patient une augmentation de cette capacité est impossible en raison des douleurs ». Comme c'était déjà le cas des Drs B_____ et F_____, la Dresse H_____ n'évoque aucune aggravation de l'état de santé du recourant. Elle semble uniquement se fonder sur le ressenti du recourant pour lui reconnaître une incapacité de travail de 50% en raison de douleurs, lesquelles ont au demeurant déjà été prises en considération par le Dr E_____ dans son appréciation du 15 avril 2014. En réalité, aucun des médecins traitants n'a expliqué en quoi une activité adaptée aux limitations d'épargne du poignet telles que retenues par le Dr E_____ et le SMR ne serait pas exigible du recourant au vu des atteintes que celui-ci présentait. Le recourant évoque également le fait qu'aucun séjour n'a été organisé à la CRR alors que cela avait pourtant été conseillé par la Dresse C_____. Cet argument tombe toutefois à faux, dès lors que le Dr E_____ a conclu, postérieurement à l'appréciation de la Dresse C_____, qu'un tel séjour n'était pas nécessaire, étant seulement utile en cas de changement de profession. Or, quoi qu'il en dise aujourd'hui, le recourant n'a jamais émis le souhait de changer de profession. Au demeurant, la SUVA s'est fondée sur l'appréciation de son médecin traitant pour mettre un terme au versement des indemnités journalières et octroyer une rente de 17% au recourant. Or, il ne ressort pas du dossier que ce dernier aurait contesté cette rente, ce qui démontre bien qu'il était en accord avec les conclusions du Dr E_____. c. Il ressort plutôt des pièces du dossier et de l'audition du recourant que ce dernier ne sait pas quelle autre profession pourrait lui convenir et qu'il craint que son âge ne l'empêche de trouver une activité adaptée. Il préfère

ainsi continuer à travailler pour son employeur et n'exercer que des tâches légères, son revenu étant alors complété par la rente d'invalidité de 17% versée par la SUVA et idéalement également par la demi-rente d'invalidité de l'AI à laquelle il conclut dans son recours. Dans ce contexte, il y a lieu de préciser, en lien avec l'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, que le Tribunal fédéral a jugé que s'il eût certainement été judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Ainsi, l'absence de désignation des activités adaptées

A/1127/2017 - 17/18 - envisageables ne saurait constituer un motif pour contraindre à l'OAI à mener une instruction complémentaire. Par ailleurs, le recourant n'est pas à un âge (presque 51 ans) qui puisse être considéré comme un seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2, dans lequel l'âge de 60 ans est évoqué). Son âge constitue ainsi un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. Il en va de même du manque de formation. 10. Au vu des considérations qui précèdent, force est de constater que le recourant n'a pas été en mesure de faire valoir des éléments objectifs précis justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente, nécessitant ainsi une instruction complémentaire. Il convient donc de retenir que le rapport du Dr E_____ dispose d'une pleine valeur probante et que c'est à juste titre que le SMR et l'OAI ont retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le mois d'avril 2014 sans qu'il ne soit nécessaire de procéder à une instruction médicale complémentaire. 11. Dans la mesure où une capacité de travail entière dans une activité adaptée est possible, un changement de profession est exigible du recourant compte tenu de son obligation de diminuer le dommage. C'est donc à juste titre que l'OAI a déterminé le degré d'invalidité en se fondant sur les salaires statistiques, l'incapacité de travail ne se confondant en effet pas avec le degré d'invalidité. Les calculs effectués par l'OAI n'étant pas contestés en tant que tels par le recourant et ne prêtant au demeurant pas flanc à la critique, il n'y a pas lieu de les examiner plus en détails. 12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1127/2017 - 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.