

## **GE\_GERICHTE ATAS/915/2016 vom 7. November 2016**

GE Cour de justice, 2016-11-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_915\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_915_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/915/2016 du 7 novembre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/915/2016 del 7 novembre 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 14**

Saisi d'un recours dirigé contre la décision de l'OAI du 26 août 2002 précitée, le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a, par arrêt du 15 avril 2004 (ATAS/253/2004), annulé la décision précitée et a alloué à l'intéressé une rente entière d'invalidité à partir du 1er mars 2000 confirmant qu'il convenait de prendre en considération les observations effectuées par le centre ORIPH et l'entreprise D\_\_\_\_\_, lesquelles étaient plus proches de celles prévalant dans l'économie. Dès lors que le centre précité avait retenu un rendement de 40 à 60% dans certaines activités s'exerçant en position assise, la capacité de l'assuré s'élevait à 50%. Après comparaison des revenus et prise en considération d'un abattement de 10% (CHF 83'075.- sans invalidité et CHF 25'038.- avec invalidité), le taux d'invalidité s'élevait à 69.86%, ce qui donnait droit à l'assuré à une rente entière.

#### **E. 15**

Par arrêt I 277/04 du 11 avril 2005, le Tribunal fédéral des assurances a admis le recours interjeté par l'OAI et a annulé l'arrêt du TCAS ainsi que la décision querellée de l'OAI, renvoyant la cause à ce dernier pour nouvelle décision après complément d'instruction, la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée ne pouvant se déterminer sur la base des seules conclusions des rapports d'observation professionnelle, à l'exclusion de toute appréciation médicale.

#### **E. 16**

Suite au renvoi du Tribunal fédéral, l'OAI a sollicité des informations auprès du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ayant repris le suivi de l'assuré, lequel a retenu, dans son rapport du 6 mai 2005, les diagnostics de séquelles graves du pilon tibial droit, arthrodèse de la cheville et lombalgies chroniques. L'état de santé de l'assuré s'était aggravé avec l'apparition de douleurs à la charge et lors de la marche de plus de 20 minutes. Objectivement, le médecin précité avait constaté des douleurs à la pression du tarse et une cheville bloquée. L'assuré était incapable d'effectuer tous les travaux lourds ainsi que les travaux impliquant des déplacements. En raison de ses douleurs chroniques à son pied, il ne pouvait pas affronter une activité soutenue. L'assuré avait encore les capacités fonctionnelles suivantes : position assise 3 heures par jour, position debout 30 minutes par jour ou d'affilée, alternance des positions assis et debout, l'inclinaison

A/302/2016 - 6/26 - du buste, parcourir 200 mètres à pied, utiliser les deux bras. En revanche, il ne pouvait garder la même position pendant longtemps ni exercer une activité nécessitant l'alternance des positions assis, debout et la marche, la position à genou ou accroupie, lever, porter ou déplacer des charges, se baisser, les mouvements des membres ou du dos, les horaires de travail irrégulier, de nuit ou le matin, le travail en hauteur ou sur

une échelle, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Le froid était également à éviter, La motivation était bonne mais un absentéisme important dû à l'état de santé était à prévoir.

#### **E. 17**

Sur avis du SMR, l'OAI a mandaté le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour expertise. Après avoir procédé à l'anamnèse et résumé les plaintes de l'assuré et les constatations cliniques, le médecin précité a retenu, dans son rapport du 8 mai 2006, les diagnostics suivants : arthrose talo-naviculaire et arthrose sous-astragalienne droite invalidantes, status après arthrodèse de la cheville droite en 1999 pour arthrose post-traumatique et status après fracture comminutive du pilon et du tiers distal du péroné droit le 18 septembre 1985, après ablation du matériel d'ostéosynthèse et cure de pseudarthrose du péroné en 1989, après une nouvelle ablation du matériel en 1995 et après toilette articulaire ouverte en 1999 (avec répercussion sur la capacité de travail) ainsi qu'une hernie sus-ombilicale médiane, des douleurs musculaires lombaires basses chroniques sur troubles statiques et une vraisemblable lésion dégénérative du ménisque interne gauche (sans répercussion sur la capacité de travail). Les arthroses sus-astragalienne et talo-naviculaire, objectivées radiologiquement, corroboraient les plaintes subjectives de l'assurée, même si celles-ci paraissaient exagérées. Le Dr F\_\_\_\_\_ croyait toutefois l'assuré lorsqu'il décrivait des limitations sociales et professionnelles. Du point de vue médico-théorique, l'assuré était totalement invalide dans sa profession de maçon. Dans une activité adaptée, en position assise et permettant l'alternance des positions assise/debout, tel un travail simple d'assemblage de montres à l'établi ou de gravure, la capacité de travail exigible était de 100%. Ainsi, la décision de la SUVA [recte l'appréciation finale du Dr C\_\_\_\_\_] reconnaissant l'assuré totalement capable de travailler dans une activité légère et ne nécessitant pas le port de charges ni de déplacements importants, ni la position accroupie, ni de devoir s'agenouiller, ni marcher sur un terrain instable, monter et descendre des escaliers et supporter de longues stations debout, était parfaitement raisonnable. Le stage effectué à la Fondation Pro avait démontré que l'assuré avait les capacités intellectuelles et manuelles permettant d'assumer le travail proposé pour autant que l'activité en question fût correctement adaptée. En revanche, l'activité lors du stage à l'ORIPH n'était pas adaptée aux limitations de l'assuré, étant donné qu'elle impliquait des déplacements et le transport de boîtes de petites pièces d'un poids supérieur à 10 kilos avec une charge complète sur le membre inférieur droit. Ainsi, dans ce cadre, l'activité ne tenait pas compte des limitations fonctionnelles de l'assuré quand bien même son travail était irréprochable. Si l'activité en question

A/302/2016 - 7/26 - avait été adaptée aux limitations fonctionnelles, le rendement de l'assuré aurait été nettement supérieur. Le Dr F\_\_\_\_\_ rejoignait les conclusions du rapport d'orientation professionnelle de l'ORP du 27 mai 2002, à savoir que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, le rendement était au minimum de 50% à plein temps, étant précisé que les limitations fonctionnelles devaient être bien respectées. L'assuré pourrait ainsi travailler en tant que caissier dans un supermarché mais non effectuer la mise en place des produits sur les linéaires ou encore le transport de marchandises ou le nettoyage des surfaces. Cela étant, compte tenu de ce qui précède, ainsi que de l'âge de l'assuré et de sa motivation, il était difficile de trouver une telle occupation sur le marché du travail actuel, ce que l'assuré avait bien compris. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes sur le plan physique : pas d'activité surchargeant le

membre inférieur droit, nécessitant de s'accroupir, s'agenouiller, de marcher sur un terrain instable, de monter et descendre les escaliers ou encore nécessitant la station debout longtemps. Le port de charges à l'aide des deux mains était également exclu. Il n'y avait aucune restriction ni sur le plan psychique et mental ni sur le plan social.

#### **E. 18**

L'OAI a soumis le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ à son SMR, qui s'est prononcé dans un avis du 22 mai 2006, sous la plume du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et a considéré que selon l'expert, l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement.

#### **E. 19**

Se fondant notamment sur l'avis de son SMR, l'OAI a procédé au calcul du taux d'invalidité, prenant en considération une capacité de travail totale, sans diminution de rendement. Le degré d'invalidité ainsi obtenu s'élevait à 33,9%.

#### **E. 20**

Par projet du 5 février 2007, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 100%, limitée dans le temps, pour la période du 29 mars au 30 avril 2000. Par ailleurs, une aide au placement pouvait être proposée pour autant que l'assuré en fasse la demande motivée et écrite.

#### **E. 21**

Ce projet a été transmis à la caisse de compensation de l'industrie horlogère (ci- après : la caisse de compensation) le même jour, cette dernière étant invitée à établir la décision et à l'expédier.

#### **E. 22**

Le 21 février 2007, l'assuré, sous la plume de son conseil, s'est opposé au projet du 5 février 2007 considérant que le Dr F\_\_\_\_\_ avait retenu une diminution de rendement de 50%. Il était ainsi faux de procéder comme l'OAI et de reconnaître une pleine capacité de travail sans diminution de rendement. Par ailleurs, le revenu sans invalidité était également erroné. Il convenait en effet de retenir, comme l'avait fait le TCAS dans son arrêt du 15 avril 2004, un revenu moyen calculé sur 6 ans. En retenant ce qui précède, le taux d'invalidité était de CHF 69,86%, de sorte qu'une rente d'invalidité entière lui était due depuis le 1er mars 2000.

A/302/2016 - 8/26 -

#### **E. 23**

Le 20 avril 2007, l'OAI a notifié à l'assuré, à son adresse personnelle, une décision à teneur de laquelle une rente entière d'invalidité était versée à l'assuré pour la période du 1er mars au 30 avril 2000.

#### **E. 24**

Par courrier du 16 mai 2007, ne figurant pas au dossier remis par l'OAI mais dans les pièces produites par l'assuré, celui-ci a considéré, sous la plume de son conseil, que l'office précité ne s'était pas prononcé sur les objections élevées par courrier du 21 février 2007 et que la décision du 20 avril 2007 ne concernait que la période du 1er mars au 30 avril 2000, de sorte qu'une décision sujette à recours portant sur son droit à la rente à compter du 1er mai

2000 devait lui notifiée sans délai.

#### **E. 25**

Le 9 septembre 2014, la caisse de compensation a informé l'OAI qu'elle avait été saisie par l'office fédéral des assurances sociales (OFAS) en lien avec le dossier de l'assuré, étant donné que, contrairement aux directives, aucune procédure de révision de rente n'avait été initiée depuis 2004. Par conséquent, l'OAI était prié de lui communiquer le taux d'invalidité à appliquer après révision du cas.

#### **E. 26**

L'OAI a adressé à l'assuré, en date du 16 septembre 2014, le questionnaire usuel pour la révision de la rente. Selon les réponses données par l'assuré en date du 1er octobre 2014, son état de santé s'était aggravé depuis 2011, avec une augmentation des douleurs à la marche.

#### **E. 27**

A teneur du rapport établi à la demande de l'OAI le 28 octobre 2014 par le Dr E\_\_\_\_\_, l'assuré souffrait depuis 12 ans environ d'une fracture grave du pied droit opéré à plusieurs reprises ainsi que de lombalgies chroniques. Il y avait une bonne corrélation entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives. Le pronostic était toutefois mauvais. L'activité habituelle dans le bâtiment n'était plus exigible en raison de la forte boiterie, des douleurs à la marche et de l'incapacité de soutenir un effort continu. Des tentatives de recyclage auprès de D\_\_\_\_\_ SA avaient eu lieu. L'assuré ne pouvait toutefois pas assumer les efforts de la journée et ne pouvait marcher sans ses cannes. Il pouvait exercer une activité en position assise uniquement, ainsi qu'un travail avec les bras au-dessus de la tête ou impliquant de se pencher.

#### **E. 28**

Par décision du 9 décembre 2014, la caisse de compensation a informé l'assuré qu'elle se voyait contrainte de supprimer le versement de sa rente invalidité avec effet au 30 novembre 2014, puisqu'elle n'avait pas en sa possession de prononcé de l'OAI lui donnant le droit de lui verser cette prestation. Saisi d'un recours de l'assuré, la chambre de céans a, par arrêt du 24 juin 2015 (ATAS/472/2015) annulé la décision précitée, considérant que la caisse ne pouvait qu'exécuter les décisions prises par l'OAI et qu'en l'absence d'une décision de cet office entrée en force, elle n'était pas fondée à agir de la sorte.

#### **E. 29**

Le dossier de l'assuré a été soumis au SMR qui a considéré, par avis du 2 février 2015, que selon l'expertise orthopédique du Dr F\_\_\_\_\_ la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées à la cheville droite. Selon la décision du 20 avril

A/302/2016 - 9/26 - 2007, la rente aurait dû être supprimée. Toutefois, en raison d'une erreur de communication avec la caisse, cela n'avait pas été le cas et l'assuré aurait continué de percevoir une demi-rente. Dans le cadre de la révision, le Dr E\_\_\_\_\_ avait mentionné un état stationnaire, l'assuré devant toujours utiliser des cannes. Le SMR était dès lors d'avis qu'aucun élément ne suggérait une modification de l'état de santé après l'expertise de 2006.

#### **E. 30**

Le 2 septembre 2015, l'OAI a adressé à la caisse la motivation de la décision ainsi que le prononcé, lequel annulait et remplaçait ceux des 25 juillet 2002 et 5 février 2007. Selon cette motivation, une rente entière était allouée à l'assuré du 1er mars au 31 juillet 2000 et un quart de rente dès le 1er août 2000. En effet, à l'expiration du délai d'attente, le 29 mars 2000, l'assuré était totalement incapable de travailler, l'état de santé ne s'étant amélioré qu'à compter du 1er mai 2000. Dès cette date, la comparaison des revenus menait à un taux d'invalidité de 40%, ce qui ouvrait le droit à un quart de rente.

### **E. 31**

Le 15 décembre 2015, l'OAI a notifié à l'assuré les trois décisions suivantes : – la première, concernant la période du 1er mars au 31 juillet 2000, le mettait au bénéfice d'une rente entière et octroyait une rente complémentaire en faveur de son épouse ; – la deuxième, portant sur la période dès le 1er août 2000, le mettait au bénéfice d'un quart de rente, – la dernière, portant sur la période du 1er août 2000 au 31 décembre 2007, mettait son épouse au bénéfice d'un quart de rente complémentaire.

### **E. 32**

Le 28 janvier 2016, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre les trois décisions précitées, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation desdites décisions et, cela fait, à la constatation que son taux d'invalidité s'élevait à 68.24%, ce qui lui donnait droit à une rente entière depuis le mois d'août 2000 et, suite à l'entrée en vigueur de la 4e révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20), à trois-quarts de rente. A l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment fait valoir que, selon le Dr F\_\_\_\_\_, son rendement était au minimum de 50% à plein temps si toutes les limitations fonctionnelles étaient strictement respectées. Quant au rapport d'orientation professionnelle du 27 mai 2002, aux conclusions duquel le Dr H\_\_\_\_\_ déclarait se rallier, il concluait en outre à un degré d'invalidité de 64% basé sur un rendement de 50% sur un temps de travail complet. En retenant en outre un abattement de 10% en raison de son âge et de la rémunération inférieure perçue par les personnes handicapées, le degré d'invalidité s'élevait à 68,24% ce qui lui ouvrait le droit à une rente entière jusqu'à l'entrée en vigueur de la 4e révision de la LAI et, dès 2004, à trois-quarts de rente. Enfin, dans la mesure où la notion d'invalidité était la même en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-accident et qu'il percevait de la SUVA une rente d'invalidité de 65%, il ne voyait pas pourquoi il ne pourrait bénéficier que d'un quart de rente.

A/302/2016 - 10/26 -

### **E. 33**

La chambre de céans a ouvert une procédure différente concernant chacune des décisions querellées (procédures A/302/2016, A/303/2016 et A/304/2016).

### **E. 34**

Par réponse du 17 février 2016, l'OAI (ci-après : l'OAI) a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, considérant qu'au vu des conclusions du Dr F\_\_\_\_\_, lequel était d'avis que dans une activité adaptée, la capacité de travail du recourant était exigible à 100%, ce qui avait été confirmé par le SMR dans son avis du 22 mai 2006. L'intimé relevait également que l'expert précité avait considéré que les limitations fonctionnelles n'avaient pas été respectées lors des activités proposées tant lors du stage à l'ORIPH qu'en entreprise. Partant, il n'y avait pas lieu de retenir un rendement réduit de

50%. L'OAI avait procédé à un calcul théorique du degré d'invalidité, lequel s'élevait à 34%. Ainsi, un projet de décision avait été rédigé le 5 février 2007 et accordait au recourant une rente limitée dans le temps, pour la période du 1er mars au 30 avril 2000. Aucune décision formelle n'ayant été valablement notifiée à la suite de ce projet, le recourant avait continué à percevoir, par erreur, une demi-rente pendant plusieurs années. Enfin, la SUVA avait été informée par courrier du 16 février 2016 de la décision querellée de sorte que c'était en vain que le recourant invoquait le fait que l'assureur-accidents lui versait une rente de 65%. Certes, le dossier du recourant avait connu des retards importants, lesquels avaient toutefois bénéficié au recourant, qui avait perçu sans motif une demi-rente d'invalidité.

### **E. 35**

Par ordonnance du 18 avril 2016, la chambre de céans a joint les causes A/302/20165, A/303/2016 et A/304/2016 sous la cause A/302/2016.

### **E. 36**

Le recourant a produit des observations complémentaires en date du 11 mai 2016, relevant notamment que l'OAI se limitait à citer un passage de l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_ qui l'arrangeait alors que ledit passage faisait partie d'une appréciation sur deux pages, à teneur de laquelle le médecin précité considérait que son rendement était de 50% au minimum. En outre, il contestait vivement le fait que la rente versée par la SUVA ne serait pas due. Il relevait également que le courrier de l'OAI adressé à la SUVA le 16 février 2016 ne figurait pas au dossier.

### **E. 37**

A la demande de la chambre de céans, l'intimé a produit le courrier adressé à la SUVA le 16 février 2016, contenant en réalité simplement la transmission des décisions querellées, sans autre précision.

### **E. 38**

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 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

A/302/2016 - 11/26 - 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. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 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. Cela étant, ces

nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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). Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 5. Le présent litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail et sur le taux d'abattement à retenir. 6. A titre liminaire, il convient d'examiner la validité de l'acte du 20 avril 2007 et sa notification. a/aa. Selon l'art. 49 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). a/bb. Comme cela ressort de l'art. 49 al. 3 dernière phrase LPGA précité, la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. Selon la jurisprudence, toute notification irrégulière ne doit toutefois pas

A/302/2016 - 12/26 - être nécessairement déclarée nulle ; il convient bien plutôt de considérer la protection juridique comme assurée dès le moment où une notification objectivement irrégulière atteint son but malgré l'irrégularité ; c'est pourquoi il faut, d'après les circonstances concrètes du cas d'espèce, examiner si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme ; ainsi l'intéressé doit agir dans un délai raisonnable dès qu'il a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la décision qu'il entend contester (ATF 122 U 97 consid. 3a/aa p. 99; 111 V 149 consid. 4c p. 150 et les références; RAMA 1997 no U 288 p. 442, U 263/96 consid. 2b/bb). La règle de la bonne foi s'applique aussi au justiciable et il ne saurait être protégé en cas de faute lourde de sa part. On ne peut donc pas admettre, en pareille situation, qu'un recours soit déposé dans n'importe quel délai (ATF 121 II 72 consid. 2a ; 119 IV 330 consid. 1c ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C\_557/2009 du 28 août 2009 consid. 3). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas contestée dans un délai raisonnable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_557/2009 du 28 août 2009 consid. 3 ; voir également SJ 2000 I p. 118). En cas de notification irrégulière, le délai de recours ne commence à courir qu'au moment où le destinataire a connaissance de la décision. Il ne peut cependant retarder ce moment selon son bon plaisir : en vertu du principe de la bonne foi, le destinataire est tenu de se renseigner sur l'existence et le contenu de la décision dès qu'il peut en soupçonner l'existence, à défaut de quoi, il risque de se voir opposer l'irrecevabilité de son recours pour cause de tardiveté (SJ 2000 I p. 118 consid. 4 et les références citées). a/cc. L'obligation de motivation prévue par l'art. 49 al. 3 LPGA ressort également de la jurisprudence fédérale, laquelle a notamment déduit du droit d'être entendu, découlant de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), l'obligation pour l'autorité de motiver sa décision, afin que l'intéressé

puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il y a cependant violation du droit d'être entendu si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner et traiter les problèmes pertinents (ATF 126 I 102 consid. 2b, 124 V 181, consid. 1a, 122 IV 14 consid. 2c et les références). Une décision insuffisamment motivée doit être attaquée dans le délai de recours; à défaut, elle entre en force de chose décidée. En effet, sauf exception, l'absence de motivation ou le caractère lacunaire de celle-ci n'entraîne pas la nullité de la décision (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 569/04 du 27 avril 2005 consid. 4.3).

A/302/2016 - 13/26 - b. En l'espèce, par décision du 26 août 2002, l'intimé a mis le recourant au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité. Sur recours, le TCAS a annulé, par arrêt du 15 avril 2004, la décision de l'OAI, considérant que le recourant avait droit à une rente entière d'invalidité. La décision de l'OAI et l'arrêt du TCAS ont tous deux été annulés par le Tribunal fédéral, lequel a renvoyé la cause à l'office précité pour instruction complémentaire. Suite à l'expertise réalisée par le Dr F \_\_\_\_\_ en mai 2006, l'OAI a adressé au recourant, en date du 5 février 2007, un projet d'acceptation de rente portant sur une rente entière limitée dans le temps, à savoir du 1er mars au 30 avril 2000. Le recourant a contesté ce projet, considérant que la rente entière en question ne devait pas être limitée dans le temps. Le 20 avril 2007, l'OAI a adressé au recourant, à son adresse personnelle, une décision non motivée confirmant en tous points le projet de décision précité. Le recourant a transmis cette décision à son conseil encore pendant le délai de recours, comme cela ressort du courrier du 16 mai 2007, par lequel le conseil du recourant sollicitait de l'OAI une décision portant sur le droit à la rente pour la période postérieure au 1er mai 2000. En 2014, une procédure de révision a été initiée par l'OAI et, suite à un bref rapport du Dr E \_\_\_\_\_ et à un avis du SMR, l'OAI a rendu trois décisions en date du 15 décembre 2015, par lesquelles le recourant était mis au bénéfice d'une rente entière pour la période du 1er mars au 31 juillet 2000, puis d'un quart de rente pour la période courant dès le 1er août suivant. Les parties sont d'avis qu'aucune décision formelle n'a été rendue suite au projet de décision du 5 février 2007. Force est toutefois de constater que, contrairement à l'avis des parties, une décision formelle a été notifiée à l'assuré en date du 20 avril 2007. Cette décision était certes entachée des deux irrégularités suivantes. Elle a, tout d'abord, été adressée au recourant à son domicile privé et non à son domicile élu. Cependant, cette irrégularité ne lui a porté aucun préjudice dès lors qu'il a transmis la décision en question à son conseil, qui a pu en prendre connaissance pendant le délai de recours (voir courrier du 16 mai 2007). Ensuite, la décision du 20 avril 2007 précitée ne contient aucune motivation. Cependant, conformément à la jurisprudence fédérale, une décision insuffisamment motivée doit être attaquée dans le délai de recours et, à défaut, elle entre en force de chose décidée (voir arrêt du Tribunal fédéral I 569/04 du 27 avril 2005 consid. 4.2). Or, dans le cas d'espèce, aucun recours n'a été déposé. La décision datée du 20 avril 2007 est ainsi entrée en force. Par ailleurs, dès lors qu'elle prévoyait une rente limitée dans le temps, laquelle correspondait à celle mentionnée dans le projet de décision motivée du 2 février 2007, il n'y avait pas de raison pour l'OAI de rendre une nouvelle décision, niant formellement le droit à une rente pour la période postérieure au 1er mai 2000. Dans ces circonstances, force est de constater qu'une décision formelle datée du 20 avril 2007 a été notifiée au recourant et que celle-ci est entrée en force de chose décidée, en l'absence de

recours.

A/302/2016 - 14/26 - 7. Aucun projet de décision n'ayant été adressé au recourant, il convient également d'examiner si la décision querellée doit être annulée de ce seul fait et renvoyée à l'OAI. a. En matière d'assurance-invalidité, l'art. 57a al. 1 LAI prévoit que l'office AI communique à l'assuré, au moyen d'un préavis, toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA. Selon l'art. 73bis 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), le préavis visé à l'art. 57a LAI ne porte que sur les questions qui relèvent des attributions des offices AI au sens de l'art. 57, al. 1, let. c à f LAI, à savoir : c) examiner si les conditions générales d'assurance sont remplies, d) examiner si l'assuré est susceptible d'être réadapté, et pourvoir à l'orientation professionnelle et à la recherche d'emplois, e) déterminer les mesures de réadaptation, en surveiller l'exécution et offrir à l'assuré le suivi nécessaire durant la mise en oeuvre des mesures et f) évaluer l'invalidité et l'impotence de l'assuré et les prestations d'aide dont il a besoin. Le non-respect de la procédure de préavis (art. 57a LAI et 73bis al. 1 lit. a RAI) doit être sanctionné par le biais des dispositions sur la violation du droit d'être entendu (ATF 116 V 182, voir également Ulrich MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2014, p. 554). L'absence de procédure de préavis constitue une violation grave du droit d'être entendu, qui ne saurait en général être guérie (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_356/2011 du 3 février 2012 consid. 3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 584/01 du 24 juillet 2002 ; voir également Ulrich MEYER, op.cit., p. 554). Lorsque la procédure de préavis au sens de l'art. 57a al. 1 ab initio LAI ne s'applique pas, le droit d'être entendu de l'assuré doit tout de même être respecté en application des art. 29 al. 2 Cst. féd. et 42 1ère phr. LPGA (voir également ATF 134 V 97, consid. 2.8.1). Une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2). Si la réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 130 consid. 2b), même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). b. En l'espèce, comme indiqué précédemment, l'intimé a en réalité prolongé de trois mois la durée de la rente limitée accordée par décision du 20 avril 2007 et octroyé au recourant un quart de rente dès le 1er août 2000. Il s'agit ainsi à l'évidence de questions relevant des attributions de l'OAI au sens de l'art. 57 let. f

A/302/2016 - 15/26 - LAI de sorte que la procédure de préavis aurait dû être appliquée. L'absence de cette procédure constitue ainsi une violation grave du droit d'être entendu du recourant. Cela étant, le présent litige dure depuis 2002. En outre, tant le recourant que l'intimé sont partis de l'idée que la procédure de préavis avait été suivie en 2007 et que depuis cette date, une décision formelle se laissait attendre. Enfin, le recourant ne s'est prévalu d'aucune violation de son droit d'être entendu. Pour tous ces motifs, conformément à l'ATF 132 V 387 précité, il sera renoncé au renvoi de la cause à l'intimé pour ce seul motif d'ordre formel, par économie de procédure, dès lors que cela retarderait inutilement

un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé. 8. Les questions formelles étant résolues, il y a lieu de déterminer si l'OAI était autorisé à modifier la décision du 20 avril 2007. a/aa. Les autorités administratives peuvent modifier une décision avec effet ex tunc lorsque sont réalisées les conditions qui président à la révocation, par son auteur, d'une décision administrative. A cet égard, la jurisprudence constante, toujours valable sous l'empire de la LPGA qui a repris dans son texte, la distinction consacrée par la pratique des autorités judiciaires distingue la révision d'une décision entrée en force formelle, à laquelle l'administration est tenue de procéder lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (révision dite procédurale : ATF 122 V 19 consid. 3a not. ; art. 53 al. 1 LPGA), de la reconsidération d'une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à laquelle l'administration peut procéder pour autant que la décision soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 122 V 19 consid. 3a ; art. 53 al. 2 LPGA). a/bb. S'agissant de la reconsidération, il sied encore de préciser ce qui suit. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation des faits erronée résultant de l'appréciation des preuves (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation,

A/302/2016 - 16/26 - quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts U 5/07 du 9 janvier 2008, consid. 5.2, 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2 et I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 2.2). a/cc. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Cette disposition vise une décision formellement entrée en force. Il y a en ce sens des points communs avec la reconsidération. Toutefois, la révision selon l'art. 17 LPGA concerne une modification des faits après l'entrée en force de la décision alors que la reconsidération porte sur une application initiale erronée du droit ou une constatation des faits initiale erronée (KIESER, ATSG-Kommentar, 2015, n° 4 ad art. 17) b. En l'espèce, il ressort des pièces produites que suite à une mauvaise communication, la décision du 20 avril 2007 dont il a été question précédemment n'a jamais été portée à la connaissance de la caisse de sorte que le recourant a perçu pendant de nombreuses années, une demi-rente à laquelle il n'avait en réalité pas droit dès lors qu'elle n'était fondée sur aucune décision entrée en force. En effet, la décision initiale du 26 août 2002 avait été annulée par le TCAS le 15 avril 2004 et par le Tribunal

fédéral le 11 avril 2005 et la décision du 20 avril 2007 ne prévoyait qu'une rente limitée dans le temps. En 2014, l'OAI a initié une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Or, cette procédure suppose une décision entrée en force et une rente versée sur cette base, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Dans ces conditions, il n'y avait aucune place pour une révision au sens de l'art. 17 LPGA. En réalité, l'intimé a reconsidéré la décision précitée, considérant que celle-ci était sans nul doute erronée et que sa modification revêtait une importance notable dès lors qu'elle a prolongé la durée de la rente limitée dans le temps de trois mois et octroyé au recourant un quart de rente dès le 1er août 2000. Or, les conditions de la reconsidération sont à l'évidence réunies comme cela ressort de ce qui suit. 9. Sur le fond, il convient tout d'abord d'examiner si l'OAI était lié par le degré d'invalidité retenu par la SUVA dans sa décision du 6 février 2004 comme semble le prétendre le recourant. a. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V

A/302/2016 - 17/26 - 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). a/aa. Dans un premier temps, le Tribunal fédéral des assurances avait considéré que cette uniformité imposait une certaine coordination aux institutions d'assurance, qui devaient en principe retenir un même taux d'invalidité pour une même atteinte à la santé. Des divergences n'étaient toutefois pas à exclure d'emblée. En effet, les divers assureurs sociaux demeuraient tenus de procéder chacun de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité dans chaque cas et ne pouvaient se borner à reprendre sans autre examen le degré d'invalidité fixé par un autre assureur. S'ils ne pouvaient pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle avait procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils devaient s'en écarter s'ils avaient des motifs pertinents de le faire. Pouvaient constituer des motifs suffisants le fait que l'évaluation contestée repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré, qu'elle repose sur des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ou encore, de manière plus générale, qu'elle ne soit pas du tout convaincante ou qu'elle soit entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288, voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). a/bb. Le Tribunal fédéral des assurances a depuis lors précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Par la suite, le Tribunal fédéral a admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'arrêt ATF 126 V 288, avec comme conséquence que l'office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (ATF 133 V 549). b. En l'espèce, contrairement aux affirmations du recourant, compte tenu de la précision de jurisprudence faite en 2007, l'intimé n'était pas lié par l'évaluation du degré d'invalidité par la SUVA. Cela étant, quand bien même l'ancienne jurisprudence serait encore applicable, force est de constater que la SUVA a repris le degré d'invalidité mentionné dans le rapport du 31 mai 2002, lequel prenait en considération – comme le TCAS dans son arrêt du 15 avril 2004 –

les conclusions du stage auprès de l'ORIPH, à savoir une incapacité de travail de 50%. Or, dans son arrêt du 11 avril 2005, le Tribunal fédéral a considéré qu'on ne pouvait pas se fonder sur les seules conclusions du stage d'observation professionnelle, à l'exclusion de toute appréciation médicale. En d'autres termes, le Tribunal fédéral a également condamné le calcul de l'OAI. La SUVA a par conséquent déterminé le degré d'invalidité en se fondant sur les conclusions d'un rapport qui ne pouvait être pris en considération tel quel, sans confirmation par une appréciation médicale.

A/302/2016 - 18/26 - Dans de telles circonstances, même sous l'ancienne jurisprudence, l'OAI n'était pas lié par l'évaluation de l'invalidité faite par la SUVA. 10. L'OAI n'étant pas lié par l'évaluation de l'invalidité faite par la SUVA, il convient désormais de déterminer la capacité de travail du recourant, les parties ne s'accordant pas sur ce point. 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. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), 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

#### **E. 40**

% au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier 2004, l'art. 28 al. 2 LAI prévoit que 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. c. 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. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). d. 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

A/302/2016 - 19/26 - 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). 11. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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. 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

A/302/2016 - 20/26 - 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). b. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre

A/302/2016 - 21/26 - professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). 12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 13. En l'espèce, tant le recourant que l'intimé se sont fondés sur le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 8 mai 2006, sans formuler la moindre critique quant à sa valeur probante. La seule divergence porte en réalité sur l'interprétation des conclusions, l'OAI se limitant à retenir

les conclusions portant sur la capacité de travail alors que le recourant les combine avec celles sur la diminution de rendement. L'intimé se fonde sur le passage suivant pour retenir une capacité de travail à 100% : « Du point de vue médico-théorique, [l'assuré] est totalement invalidé pour ce qui est un travail de maçon. Pour tout travail en position assise et permettant une alternance de position assise/debout, tel par exemple qu'un travail simple d'assemblage de montres à l'établi ou de gravures, sa capacité est exigible à 100% ». De son côté, le recourant combine cette appréciation avec le passage suivant : « ainsi [l'avis du Dr F\_\_\_\_\_] rejoint les conclusions du rapport d'orientation professionnelle établi par les collaborateurs de l'ORP en date du 27.05.2002. Dans les activités adaptées aux limitations fonctionnelles du patient, le rendement est au minimum de 50% à plein temps, mais encore faut-il insister pour que les limitations fonctionnelles soient bien respectées ». Force est de constater, avec le recourant, que ces deux passages doivent être combinés, dès lors qu'ils ne sont pas contradictoire. En effet, la notion de capacité de travail entière n'est pas synonyme de plein rendement dès lors qu'il s'agit de l'aptitude de quelqu'un à accomplir, dans sa profession ou son domaine d'activité,

A/302/2016 - 22/26 - le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6 LPGGA) alors que le rendement est l'efficacité de quelqu'un dans son travail (voir définition donnée par le dictionnaire Larousse). Il y a donc lieu de suivre le recourant lorsque celui-ci considère qu'une diminution de rendement doit être prise en considération. En revanche, force est de constater que, contrairement à ce que retient le recourant, le Dr F\_\_\_\_\_ évoque un rendement minimum de 50%, ce qui signifie, en d'autres termes, que la diminution de rendement est au maximum de 50% et qu'elle se situe entre 0% et 50%, ce qui est d'ailleurs compatible avec les conclusions du rapport établi suite au stage à la Fondation Pro, dont il ressort que le rendement oscillait entre 60% et 100. Selon la jurisprudence, lorsque les médecins indiquent une fourchette à l'intérieur de laquelle se situe la capacité de travail résiduelle, on se réfère généralement à la valeur médiane (voir arrêt du Tribunal fédéral I 822/04 du 21 avril 2005 consid. 4.4 et les références citées). Ainsi, dans le cas du recourant, il y a lieu de retenir un rendement moyen de 75%. Pour rappel, le rendement moyen constaté par la Fondation Pro était de 73%, étant précisé dans ce contexte, que les activités proposées dans le cadre du stage auprès de l'ORIPH ne respectaient pas les limitations fonctionnelles de sorte que le rendement déterminé par cet organisme ne peut être pris en considération. 14. Enfin, reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant. a. 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 LPGGA), 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 LPGGA). b. 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). c. 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).

A/302/2016 - 23/26 - Il est toutefois possible de s'en écarter lorsqu'on ne peut le déterminer sûrement, notamment lorsqu'il est soumis à des fluctuations importantes; il faut alors procéder à une moyenne des gains réalisés sur une période relativement longue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_868/2009 du 22 avril 2010 consid. 2.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 504/99 consid. 5a et la références). d. 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'enquête suisse sur la structure des salaires (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 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). 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 lorsqu'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 pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). e. 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

A/302/2016 - 24/26 - 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). f. 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). 15. a. En l'espèce, le délai d'attente d'un an a expiré le 29 mars 2000 et c'est donc à cette date au plus tôt que le droit à la rente est né. Conformément à la jurisprudence susmentionnée, c'est à cette date que la comparaison des revenus doit être effectuée et non en 2002 comme le souhaite le recourant. b. S'agissant du revenu sans invalidité, comme cela a été relevé par le TCAS dans son arrêt du 15 avril 2004, le salaire du recourant a fortement fluctué entre 1993 et 1998, la moyenne étant de CHF 82'001.35, ce qui n'a jamais été contesté par le recourant. Réactualisé à l'évolution des salaires entre 1998 et 2000, le revenu sans invalidité s'élevait à CHF 83'075.- en 2000. c. Le recourant n'a pas repris son activité depuis le dépôt de la demande de sorte que le revenu d'invalidité doit être évalué sur la base des données statistiques résultant des Enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. Selon les données statistiques, le revenu mensuel en 2000, pour un homme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 4) était de CHF 4'437.-, soit un montant annuel de CHF 53'244.-. Comme les salaires standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2000 (41,8 heures ; La vie économique 11/2003, p. 98, Tableau B9.2), ce montant doit être porté à CHF 55'640.- par an. C'est le lieu de relever que le salaire moyen à prendre en considération n'est pas celui gagné dans le secteur de l'industrie manufacturière (tableau TA1, lignes 15- 17) comme l'ont fait l'OAI dans son calcul du 31 mai 2002 et le recourant dans son

A/302/2016 - 25/26 - écriture du 28 janvier 2016. En effet, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr F\_\_\_\_\_ ne se limitent pas aux seuls emplois propres à ce secteur. Au contraire, en raison du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de production et des services, il y a lieu d'admettre qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et sont donc adaptées aux handicaps fonctionnels du recourant. Il convient donc de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). Dans la mesure où un rendement moyen de 75% peut être attendu du recourant, le revenu avec invalidité s'élève à CHF 41'730.-.

L'intimé a procédé à un abattement de 10%, non contesté par le recourant, de sorte que le revenu avec invalidité, après abattement, se monte à CHF 37'557.-. Par conséquent, le degré d'invalidité du recourant est de 55 % ( $(83'075.00 - 37'557.00) : 83'075.00 \times 100 = 54.79$  %), ce qui lui donne droit à une demi-rente d'invalidité. 16. Pour conclure, la chambre de céans rappellera encore que le recourant a perçu, pendant plus de sept ans, une demi-rente alors même qu'aucune décision entrée en force ne lui octroyait une telle rente. Bien plus, alors même qu'il considérait que l'OAI devait se prononcer sur la période postérieure au 1er mai 2000 (voir son courrier du 16 mai 2007), le recourant n'a jamais jugé nécessaire de

réagir que ce soit en mettant l'OAI en demeure de rendre enfin une décision formelle sur la question ou en saisissant le TCAS, puis dès le 1er janvier 2011, la chambre de céans, d'un recours pour déni de justice formel en raison du retard injustifié dans la prise de décision. Dans de telles conditions, le recourant contrevient au principe de la bonne foi en invoquant à nouveau une diminution de rendement plus importante et, par conséquent, trois-quarts de rente voire une rente entière. En effet, en ne réagissant pas pendant plus de sept ans, il a clairement marqué son accord avec un degré d'invalidité lui donnant droit à une demi-rente. 17. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et les décisions du 15 décembre 2015 seront annulées. Le recourant sera mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1er août 2000. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant 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/302/2016 - 26/26 - 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.