

GE_GERICHTE A/145/2015 vom 12. November 2015

GE Cour de justice, 2015-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_145_2015

FR: GE_GERICHTE A/145/2015 du 12 novembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/145/2015 del 12 novembre 2015

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par Madame B_____ Service juridique recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), ressortissant portugais né en _____ 1951, a notamment travaillé en tant que nettoyeur, pour un revenu de CHF 61'436.40 en 2011 et de CHF 60'523.30 en 2012 (cf. questionnaire rempli le 16 mai 2014 par l'employeur). 2. Le 13 juillet 2012, il a été victime d'un accident : selon la déclaration de sinistre adressée le 17 juillet 2012 à son assurance-accidents, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA), il a été heurté par une camionnette alors qu'il était au guidon de son scooter, ce qui l'a fait chuter et lui a occasionné une contusion au genou gauche. 3. La doctoresse C_____, médecin au Service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 13 juillet 2012. Cette incapacité de travail a été régulièrement prolongée par la suite. 4. Dans son rapport du 9 août 2012, la Dresse C_____ a indiqué que l'assuré avait souffert de douleurs aux niveaux des cervicales, des dorsales, du coude gauche, du poignet droit, du genou et de la cheville gauches, ainsi que de multiples dermabrasions. Le diagnostic retenu était celui de suspicion de luxation externe de la rotule gauche. 5. L'assuré a été hospitalisé au Service de chirurgie orthopédique des HUG du 6 au 9 novembre 2012. 6. Les docteurs D_____ et E_____ ont diagnostiqué une rupture complète du ligament croisé antérieur (LCA), une déchirure en anse de seau du ménisque interne, clivée en deux parties, remaniée, une rupture du ligament ménisco-fémoral, une insuffisance du ligament collatéral interne (LCI) superficielle de stade III à IV par désinsertion fémorale, et une chondropathie trochléenne de stade III du genou gauche. L'assuré a subi une plastie du LCA par allogreffe du tendon rotulien, une méniscectomie partielle interne arthroscopique, et une reconstruction du complexe ligamentaire interne par semi-tendineux autologue. Les suites post-opératoires étaient favorables. L'arrêt de travail a été prolongé au 15 décembre 2012 (cf. lettre de sortie du 17 septembre 2012). 7. Dans un rapport du 14 janvier 2013, le Dr E_____ a indiqué que l'évolution était favorable et le pronostic bon. La physiothérapie se poursuivait. Un dommage permanent sous forme de gonarthrose pouvait subsister. 8. Lors d'un entretien avec la SUVA le 22 janvier 2013, l'assuré a exposé que son travail comportait de nombreuses manutentions et le port de charges. Il souffrait de douleurs permanentes au genou, plus vives à la mobilisation et se déplaçait à l'aide de deux cannes, l'appui total sur la jambe gauche provoquant de fortes douleurs. La flexion était encore très limitée, de même que l'extension dans une moindre mesure. L'assuré ressentait une douleur permanente tout à fait supportable au bas du dos,

plus vive à la marche, qui le réveillait parfois la nuit. Il avait été licencié avec effet au 31 janvier 2013. 8. Le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré en date du 18 février 2013. L'assuré se plaignait encore de douleurs au genou, qui restait enflé. A ce niveau, le Dr F_____ a constaté une raideur, avec un flexum de 15°. Il a proposé une évaluation auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR). 9. Le 25 février 2013, le docteur D_____ a souligné que la situation de l'assuré était complexe, l'atteinte étant multi-ligamentaire, la récupération post-chirurgicale lente. Une ablation de la vis fémorale était prévue pour le 7 mai 2013. 10. Dans un rapport du 8 mai 2013, le Dr D_____ a confirmé l'ablation de vis spongieuses et d'une rondelle à la hauteur du condyle fémoral interne, ainsi qu'une stabilisation de la greffe de semi-tendineux par ancre. 11. Lors d'un entretien du 14 octobre 2013 avec la SUVA, l'assuré a signalé des douleurs permanentes au genou gauche, plus vives la nuit. Il montait les escaliers en posant d'abord la jambe droite, puis en ramenant la gauche. Il pouvait s'agenouiller tant bien que mal, mais cette position provoquait de fortes douleurs et il peinait à se relever. Il boitait. La flexion restait limitée, à l'instar de l'extension. Il éprouvait une sensation de fourmillement sur la face interne du genou et sentait une petite boule douloureuse au tibia. La situation de son dos ne s'était pas modifiée. 12. Le 21 octobre 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office d'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) en invoquant un handicap à la jambe gauche et des douleurs dorsales depuis l'accident de 2012. 13. Le 17 juillet 2013, le Dr D_____ a signalé une évolution post-opératoire favorable, avec une récupération des amplitudes articulaires, malgré la persistance d'un déficit de 10° de flexion. La reconstruction du ligament latéral interne était stable. En revanche, la récupération du quadriceps et de la proprioception restaient difficiles. L'assuré travaillant comme nettoyeur, la reprise de cette activité risquait d'être compliquée. 14. Dans son rapport du 20 décembre 2013, la docteure G_____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire. Le médecin a rappelé que l'accident avait eu pour conséquences une rupture complète du LCA, une lésion partielle du ligament croisé postérieur (LCP), une rupture complète du ligament ménisco-fémoral désinséré et une déchirure de la corne du ménisque. La récupération du quadriceps et la proprioception étaient difficiles. La reprise de l'activité professionnelle restait délicate. La flexion et l'extension du genou gauche étaient limitées. La reprise d'une autre activité pouvait éventuellement être envisagée. 15. Le 9 janvier 2014, l'OAI a pris note du fait que l'assuré souhaitait tenter une reprise d'activité durant l'été : il aurait la possibilité d'obtenir un poste de concierge pour cinq allées d'immeubles, travail qu'il pourrait répartir à sa guise sur la journée et la semaine, projet que l'OAI a considéré comme étant la meilleure option pour l'assuré au vu de son âge, de ses difficultés linguistiques et de son manque de formation. 16. L'assuré a séjourné à la CRR du 11 mars au 8 avril 2014. Dans leur rapport du 24 avril 2014, les docteurs H_____ et I_____ ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour gonalgies gauches chroniques et les diagnostics supplémentaires de neuropathie du nerf saphène interne de degré très léger, révélée par un électroneuromyographe du 17 mars 2014, d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie. A titre de comorbidités, ils ont évoqué des lombalgies chroniques, des troubles lombaires dégénératifs, et un asthme chronique. Les médecins ont relaté qu'à son arrivée, l'assuré se plaignait principalement de lombalgies basses. Il rapportait également des gonalgies gauches internes de type

mécanique. Les radiographies révélèrent de discrets troubles dégénératifs fémoro-patellaires et une discopathie dégénérative L5-S1 avec pincement intersomatique. Durant son séjour, l'assuré avait présenté une majoration de ses difficultés respiratoires car il ne prenait pas son traitement de manière régulière, ce qui avait donné lieu à une adaptation de la médication. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs tels que l'âge et l'absence de qualification reconnue influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré, qui restait centré sur ses douleurs. La participation aux thérapies avait été moyenne. L'implication dans les ateliers professionnels avait également été marquée par des autolimitations. Le discours de l'assuré sur la possibilité de reprendre une activité de nettoyage était fluctuant. Les médecins ont préconisé d'éviter : le port de charges moyennes de manière répétée, la marche prolongée, le travail en position accroupie ou à genoux et le travail en hauteur avec utilisation d'échelles. L'état était stabilisé. Le pronostic de réinsertion était défavorable en raison des facteurs médicaux et contextuels. La capacité de travail avait été nulle du 9 avril au 9 mai 2014 et totale dans une activité adaptée dès le 9 avril 2014. Dans un rapport des ateliers professionnels annexe, les spécialistes ont noté que l'assuré travaillait de longue date dans le secteur du nettoyage. Les aspects pénalisant l'intégration socio-professionnelle étaient les lombalgies et les gonalgies, la boiterie, les difficultés respiratoires, ainsi que l'absence de connaissances du français écrit, de formation et de diversification professionnelle. 17. Dans un rapport du 23 mai 2014, le Dr F_____ a confirmé que la situation était stabilisée. Si l'assuré était dans l'incapacité totale d'exercer son activité professionnelle habituelle, il avait en revanche recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles établies par les médecins de la CRR, auxquelles le Dr F_____ disait adhérer complètement. 18. Par décision du 20 juin 2014, la SUVA a considéré qu'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites par les médecins de la CRR, était exigible à 100%. Les séquelles de l'accident ne réduisant pas la capacité de gain de manière importante, les conditions d'octroi d'une rente n'étaient pas réalisées. Pour le surplus, la décision reprenait les termes de celle du 5 juin 2014 la SUVA a mis fin au versement de l'indemnité journalière au 30 juin 2014 et octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%. 19. Dans un rapport du 19 juin 2014, le docteur J_____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a considéré à son tour que l'activité habituelle de l'assuré n'était plus exigible mais qu'en revanche, l'exercice d'une activité adaptée l'était pleinement depuis le 9 avril 2014. 20. Par décision du 20 juin 2014, la SUVA, considérant qu'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites par les médecins de la CRR était exigible à 100%, a nié à l'assuré tout droit à une rente. Par ailleurs, la SUVA a mis fin au versement de l'indemnité journalière au 30 juin 2014 et octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%. 21. Le 23 juin 2014, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. Sur la base des statistiques, il a retenu que l'assuré aurait pu réaliser, malgré l'atteinte à sa santé, un revenu de CHF 4'901.- en exerçant une activité simple et répétitive à raison de 40 h./sem. (cf. l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2010, tableau 1). Ce montant, après indexation et adaptation à une durée de travail hebdomadaire de 41.6 heures, correspondait à CHF 61'164.- par an. Compte tenu d'un temps de travail raisonnablement exigible de 100% et d'un abattement statistique de 10% en raison de l'âge et des limitations fonctionnelles, on obtenait un revenu d'invalidité de CHF 56'404.- qui, comparé au revenu qu'aurait réalisé l'assuré en 2013 sans atteinte à sa santé (CHF 61'436.-

en 2011, soit CHF 62'370.- en 2013 après indexation), conduisait à un degré d'invalidité de 9.57%. 22. Le 27 juin 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation. 23. L'assuré a contesté ce projet par courrier du 14 août 2014. Il a souligné être proche de l'âge de la retraite, ne disposer d'aucune formation professionnelle et ne pas maîtriser le français écrit. Il a reproché à l'OAI de n'avoir donné aucun exemple d'activité adaptée. Il a fait remarquer qu'en janvier 2014, l'OAI considérait la reprise de l'activité habituelle comme la solution la plus indiquée, y voyant la démonstration qu'aucune autre activité n'était exigible. 24. Par décision du 4 décembre 2014, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation, motif pris d'un degré d'invalidité insuffisant (10%). L'OAI a considéré que l'assuré, ne rencontrant aucune limitation en position assise, pourrait accéder à tout poste industriel léger comprenant des tâches de contrôle et des travaux à l'établi, postes ne requérant pas de formation théorique préalable et accessibles à l'assuré malgré son âge. Il invitait celui-ci à s'annoncer à l'assurance-chômage. 25. Le 15 janvier 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de dépens, à son annulation, à l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 26. Le recourant conteste pouvoir accéder à des postes dans l'industrie. Il fait notamment valoir que son absence de diversité professionnelle, son ignorance des outils informatiques et sa méconnaissance du français écrit rendent toute tentative de reconversion hasardeuse, d'autant qu'il ne dispose pas des facultés d'adaptation nécessaires. Il en tire la conclusion que, comme l'a constaté l'intimé en janvier 2014, la seule option réaliste serait la poursuite de l'activité habituelle, laquelle s'avère impossible du point de vue médical. 26. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 2 mars 2015, a conclu au rejet du recours. L'intimé soutient que l'évaluation de l'invalidité d'un assuré proche de l'âge de la retraite revient à déterminer si un employeur consentirait objectivement à l'engager au vu des circonstances. Or, la capacité de travail du recourant n'est limitée que par une lésion au genou gauche. Selon l'intimé, le marché du travail offre suffisamment d'activités légères envisageables (tâches de surveillance, de vérification ou de contrôle, par exemple, ou encore activités de conciergerie). 27. Par écriture du 10 avril 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. 28. Il reproche à l'intimé de ne pas considérer son âge et rappelle qu'une activité de conciergerie n'est pas exigible au plan médical. Même à supposer qu'elle le soit, aucun employeur ne consentirait à l'engager au vu du laps de temps restant jusqu'à sa retraite. A l'appui de ses dires, le recourant a encore produit un rapport établi le 23 octobre 2014 par le docteur K_____, spécialiste FMH en radiologie, concluant à une fracture du 5^{ème} arc antérolatéral gauche et forte suspicion d'une fissure du 7^{ème} arc du même côté. 28. Par écriture du 8 mai 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions en faisant remarquer que le recourant ne fournit aucune explication quant à l'atteinte faisant l'objet du dernier rapport produit. 29. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant en date du 11 mai 2015. 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 depuis le 1^{er} 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. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la

présente procédure. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité. 5. Il y a lieu au préalable de se prononcer sur la demande de jonction de la présente procédure à celle opposant le recourant à la SUVA. En vertu de l'art. 70 al. 1 de la loi sur la procédure administrative (LPA – E 5 10), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. En l'espèce, les parties ne sont pas identiques de sorte qu'une jonction des causes ne se justifie pas. La requête du recourant sera ainsi rejetée. 6. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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). 7. En vertu de l'art. 28 al. 1 er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. 8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

9. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). On n'admettra d'exceptions à ce principe que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Pour déterminer le revenu d'invalidité de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la

statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. 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) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2007 du 8 mai 2008 consid. 4.1). Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

10. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_849/2007 du 22 juillet 2008 consid. 5.2). Toutefois, 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. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (ATF 123 V 230 consid. 3c), 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2).

L'assurance-invalidité n'a pas à répondre du fait qu'un assuré ne trouve plus d'emploi adapté à ses atteintes à la santé en raison de son âge. Dans le cadre de l'examen de l'exigibilité qu'imposent tant la notion de marché du travail équilibré que le devoir de réadaptation – examen qui interdit de partir d'hypothèses irréalistes, l'âge avancé ne constitue toutefois pas un facteur étranger à l'invalidité mais fait partie des caractéristiques

qui, cumulées aux circonstances personnelles et professionnelles, peuvent avoir pour conséquence que la capacité résiduelle de gain de l'assuré n'est de manière réaliste plus demandée sur le marché équilibré du travail et que sa mise en valeur n'est plus exigible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.). Le Tribunal fédéral a considéré que le seuil dès lequel on peut parler d'âge avancé se situe à 60 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Ces principes ont donné lieu à la casuistique suivante. Dans le cas d'une assurée à quelques mois de l'obtention d'une rente de vieillesse, ayant travaillé durant plus de quarante ans comme coiffeuse et sans expérience professionnelle dans d'autres domaines, présentant de plus diverses allergies, le Tribunal fédéral a confirmé que les chances de trouver un emploi étaient minimales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 462/02 du 26 mai 2003 consid. 3.2). Notre Haute Cour a considéré qu'on ne pouvait exiger d'une assurée âgée de 61 ans et cinq mois qu'elle reprît le travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 5.4), ni d'une assurée de 63 ans et 10 mois (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3), ou d'un assuré de 63 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.4). S'agissant d'une assurée de 61 ans et un mois au moment de la décision litigieuse et n'ayant pas travaillé depuis 1978, sans autre expérience que dans le nettoyage et la conciergerie, le Tribunal fédéral a retenu qu'elle n'était pas en mesure de retrouver un emploi léger et adapté à son handicap sur un marché équilibré du travail, tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire, privilégiant la position assise et les déplacements plutôt à plat, sans inclinaison vers l'avant ni port de charges supérieures à 5 kilos (arrêt du Tribunal fédéral 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.3). Pour un assuré de près de 60 ans, ayant uniquement travaillé en tant que menuisier et agriculteur indépendant, la reprise d'un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles a été exclue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Il n'a pas non plus été jugé exigible d'un assuré de 63 ans qu'il abandonne l'emploi qu'il exerçait à 50 % pour se lancer dans une recherche hasardeuse d'un emploi correspondant à sa capacité résiduelle de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1034/06 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.3.2). En revanche, le seuil à partir duquel on peut exclure une possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré a été considéré comme non atteint pour des assurés âgés de 58 ans (arrêts du Tribunal fédéral 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.3). Tel est également le cas pour un assuré âgé de 60 ans au moment de la décision litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2). De même, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail d'un assuré de 57 ans, pouvant exercer à plein temps une activité épargnant son dos, sous réserve d'une diminution de rendement de 20 %, n'était pas illusoire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 3.3 et 3.4). Il n'est pas non plus irréaliste de considérer qu'une assurée âgée de 59 ans et 11 mois, au bénéfice d'une formation universitaire dans son pays d'origine, ayant travaillé en qualité d'aide-comptable puisse retrouver un tel emploi, adapté à ses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral 9C_897/2012 du 21 mai 2013 consid. 4.1). 11. S'agissant de la capacité médico-théorique du recourant, la chambre de céans relève ce qui

suit.![endif]>![if> Il n'existe au dossier de l'intimé aucun rapport médical satisfaisant entièrement aux réquisits jurisprudentiels rappelés supra. En particulier, le rapport du 24 avril 2014 des médecins de la CRR est incomplet, puisqu'il ne contient ni anamnèse, ni résumé du dossier. De plus, sur le fond, ce rapport présente des contradictions. Ainsi, les Drs H_____ et I_____ ont noté que des facteurs étrangers influençaient les aptitudes fonctionnelles du recourant et que ce dernier était focalisé sur ses douleurs ; ils ont cependant également admis que les lésions objectives expliquaient les plaintes et les limitations fonctionnelles du recourant. Par ailleurs, bien qu'une discopathie ait été constatée, aucune limitation fonctionnelle en lien avec les lombalgies du recourant n'a été retenue, alors même que le rapport des ateliers professionnels signalait les difficultés que ces troubles entraînaient pour la réinsertion du recourant. Il est possible que les médecins de la CRR, qui ont diagnostiqué des lombalgies chroniques chez le recourant, n'aient pas pris en compte cette atteinte dans leur appréciation de la capacité de travail et de gain en partant du principe qu'elle n'était pas en lien de causalité avec l'accident. Il n'en reste pas moins que leur rapport est incomplet, dans la mesure où il ne discute pas l'incidence de cette atteinte sur la capacité de travail du recourant. De plus, si la responsabilité de l'assurance-accidents se limite en règle générale aux atteintes en lien de causalité naturelle avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.1), l'assurance-invalidité répond en principe de toutes les atteintes à la santé. L'intimé aurait dès lors dû évaluer les répercussions des problèmes dorsaux du recourant sur sa capacité de gain. Il aurait également dû tenir compte des éventuelles limitations liées à l'asthme du recourant. Enfin, le recourant a apparemment subi une fracture de la côte en octobre 2014. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b). Les conséquences de cette atteinte devraient ainsi également être prises en considération, dès lors qu'elle est antérieure à la décision dont est recours. Au vu des éléments qui précèdent, il apparaît que l'intimé n'a pas suffisamment instruit le dossier du recourant au plan médical. Cela étant, un renvoi à cette fin s'avère superflu, pour les motifs suivants. Tant le Dr F_____ que le Dr J_____ admettent que l'activité habituelle du recourant – soit le nettoyage – n'est plus exigible. Au vu des atteintes et des limitations fonctionnelles retenues, cette appréciation est convaincante et il n'y a pas lieu de s'en écarter. Ainsi, la reprise d'une activité professionnelle impliquerait une reconversion professionnelle pour le recourant. On rappellera que selon les médecins de la CRR, l'exercice d'une activité adaptée était exigible dès le 9 avril 2014, date à laquelle l'état de santé du recourant était stabilisé. On peut ainsi effectivement admettre que la reprise d'une activité adaptée - quand bien même ses contours n'ont pas été suffisamment précisés, comme on l'a vu - était possible dès cette date au plan médico-théorique. Or, le recourant était alors âgé de 62 ans et huit mois. Il avait ainsi incontestablement atteint un âge avancé au sens de la jurisprudence. Il faut de plus souligner que le recourant ne bénéficie d'aucune formation reconnue et qu'il a consacré l'essentiel de sa vie professionnelle à des activités de nettoyage. Il ne dispose pas de compétences dans un autre secteur. En outre, les limitations fonctionnelles admises par les médecins de la CRR réduisent de manière significative l'éventail des postes accessibles et il n'est pas établi qu'elles soient exhaustives, comme on l'a vu. Sur ce point, l'argumentation de l'intimé, selon laquelle des activités de conciergerie seraient également possibles, tombe à faux. En effet, comme le souligne à juste titre le recourant, les médecins s'accordent à dire qu'une telle activité - assimilable au nettoyage - n'est plus possible du point de vue médical.

Eu égard à tous ces facteurs, il est illusoire de considérer qu'un employeur accepterait de prendre à son service le recourant, même sur un marché du travail équilibré. Partant, il y a donc lieu de reconnaître que le recourant n'est pas en mesure de mettre en valeur sa capacité de gain résiduelle, et qu'il présente un degré d'invalidité de 100 %, ouvrant droit à une rente entière. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. La demande du recourant étant datée du 21 octobre 2013, c'est à l'issue du délai de six mois, soit dès le 1^{er} avril 2014, que naît le droit à la rente. 12. Eu égard à ce qui précède, le recours est admis. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 1'000.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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