

## **GE\_GERICHTE A/1894/2008 vom 4. Mai 2010**

GE Cour de justice, 2010-05-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1894\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1894_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/1894/2008 du 4 mai 2010

IT: GE\_GERICHTE A/1894/2008 del 4 maggio 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

a) Dans un premier moyen, le recourant conteste la décision de l'OAI en ce qu'elle lui a reconnu le droit à une rente entière à compter du 22 février 2000, mais dont le versement interviendrait dès le 1<sup>er</sup> mai 2000, en raison du caractère tardif du dépôt de sa demande. Il prétend à cet égard avoir été empêché, pour des raisons médicales, de déposer sa demande de prestations d'assurance-invalidité avant le 1<sup>er</sup> mai 2001. b) Selon l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LAI, dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 1988 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1<sup>er</sup> let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 LAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a). La cinquième révision a modifié les règles relatives à la naissance du droit à la rente, qui, pour autant que les conditions du droit soient réunies (art. 28 al. 1 LAI), 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 LPG (cf. ATF non publié du 28 août 2008, 8C\_373/08, consid. 2.1). c) En l'espèce toutefois, dans la mesure où l'incapacité de travail significative a commencé à courir, ce qui n'est pas contesté, en février 1999 et que le délai d'attente d'une année de l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) est parvenu à échéance avant l'entrée en vigueur de la 5<sup>ème</sup> révision, ce sont les anciennes dispositions qui s'appliquent, bien que la décision entreprise soit postérieure à leur entrée en vigueur. Cette interprétation est au demeurant codifiée dans la lettre-circulaire n° 253 de l'OFAS, du 12 décembre 2007, La 5<sup>ème</sup> révision de l'AI et le droit transitoire. La survenance du droit à la rente d'invalidité étant fixée en février 2000, ce qui n'est pas contesté, et la demande déposée en mai 2001 seulement, il y a lieu d'appliquer la réglementation sur les demandes de prestations dites « tardives ». d) L'art. 48 al. 2 LAI (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) prescrit que si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont servies pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. Selon la jurisprudence, l'art. 48 al. 2 seconde phrase LAI s'applique lorsque l'assuré ne savait pas

et ne pouvait pas savoir qu'il était atteint, en raison d'une atteinte à la santé physique ou mentale, d'une diminution de la capacité de gain dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à des prestations. Cette disposition ne concerne en revanche pas les cas où l'assuré connaissait ces faits mais ignorait qu'ils donnent droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 113 consid. 1a). Autrement dit, "les faits ouvrant droit à des prestations (que) l'assuré ne pouvait pas connaître", au sens de l'art. 48 al. 2 seconde phrase LAI, sont ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée (ATF 100 V 119 ss. consid. 2c; RCC 1984 p. 420 ss. consid. 1; VALTERIO, Droit et pratique de l'assurance-invalidité [les prestations], p. 305 ss.). Toutefois, une restitution de délai doit être accordée si l'assuré a été incapable d'agir pour une cause de force majeure - par exemple en raison d'une maladie psychique entraînant une incapacité de discernement (ATF 108 V 228 ss. consid. 4; arrêt non publié V. du 16 mars 2000, I 149/99) - et qu'il présente une demande de prestations dans un délai raisonnable après la cessation de l'empêchement. Mais encore faut-il, ici aussi, qu'il s'agisse d'une impossibilité objective, s'étendant sur la période au cours de laquelle l'assuré se serait vraisemblablement annoncé à l'assurance-invalidité s'il l'avait pu, et non d'une difficulté ou d'un motif subjectif, comme celui d'ignorer son droit ou de mal concevoir ses intérêts (ATF 102 V 115 consid. 2a ; RCC 1984 p. 420 ss. consid. 1; Valterio, eod. loc.). e) En l'espèce, le recourant ne peut manifestement pas bénéficier d'une restitution de délai. En effet, rien n'indique qu'il n'était pas à même de déposer une demande de prestations entre février 2000 et février 2001. Il a en effet été en mesure de s'inscrire à l'assurance-chômage le 1<sup>er</sup> février 2000 et a fait l'objet d'une vérification de l'aptitude au placement le 7 mars 2000, démontrant ainsi sa faculté de mener des démarches administratives. Par ailleurs, quand bien même il a - comme il s'en prévaut - été hospitalisé en urgence en novembre 2000, que cette hospitalisation a été suivie d'une période de convalescence jusqu'en janvier 2001 et qu'il a dû prendre des médicaments entraînant des effets secondaires pénibles jusqu'en avril 2001, il n'en demeure pas moins qu'il disposait pendant cette période d'une pleine capacité de discernement et qu'il aurait été en mesure de conduire des démarches administratives même durant cette période, dût-il mobiliser plus de ressources que d'ordinaire. L'argumentation du recourant selon laquelle il "n'était pas été en mesure, pour des raisons médicales, de gérer ses affaires" ne peut donc être retenue. Partant, sous cet angle, la décision de l'OAI doit être confirmée.

## **E. 6**

a) Le recourant conteste encore la décision de l'OAI en ce qu'elle lui a accordé une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2007, soit le degré d'invalidité retenu. L'expertise bidisciplinaire rendue le 13 mars 2007 serait "ancienne" et ne correspondrait plus à sa "réalité médicale", à savoir une incapacité de travail de 50% depuis le 13 mars 2007, telle qu'attestée par le Dr J \_\_\_\_\_ le 8 avril 2008. Par ailleurs, le salaire d'invalidé retenu par l'OAI à son endroit correspondrait au salaire brut (valeur centrale) dans la branche informatique (TA1; secteurs 72-74 service informatique/services fournis en entreprise). Or, ne bénéficiant pas d'un titre de spécialiste Help Desk, il ne pourrait prétendre à un revenu correspondant à ce secteur d'activité. Il s'agit d'examiner en premier lieu si l'OAI était fondé à se rallier aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire confiée à la PMU selon laquelle il a été admis que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec un rendement d'environ 80% (capacité de travail de 80%). b) 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 (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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 40% au moins. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70%, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). c) 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). Par ailleurs, dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175 ), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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. 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 ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 125 V 195 consid. ch. 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 322 consid. 5a). d) En l'espèce, l'expertise bidisciplinaire confiée à la PMU et rendue par les Drs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ remplit manifestement les exigences posées en matière de valeur probante par le Tribunal fédéral et rien ne permet de mettre en doute son objectivité. Elle comprend une anamnèse et une description des plaintes du recourant; elle intègre des examens para-cliniques et des constatations médicales objectives. Les diagnostics sont posés de manière claire et cohérente. Enfin, le cas a fait l'objet d'une appréciation globale à l'issue de laquelle les deux experts ont conclu à une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité professionnelle et à une capacité de travail de l'ordre de 80% (ou une capacité de travail totale, avec rendement de 80%) dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : port de charges, travaux lourds, marche prolongée, descente et montée des escaliers prohibés. Outre que cette expertise revêt en soi une pleine valeur probante, elle est par ailleurs corroborée - que ce soit sous l'angle des diagnostics, de la capacité de travail ou des limitations fonctionnelles - par plusieurs rapports figurant au dossier et rendus par les médecins traitants. Ainsi, la Dresse. H\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée (cf. avis des 7 et 10 mars 2006). Par ailleurs, le Dr Th. J\_\_\_\_\_ a, dans un premier temps, admis un taux d'activité de 100% dans une activité adaptée (cf. certificat du 30 janvier 2007). Certes ce dernier est revenu sur son appréciation à l'occasion de certificats établis postérieurement à l'expertise bidisciplinaire, à savoir pour l'un en date du 8 avril 2008 et destiné à la caisse d'assurance-chômage, et pour l'autre en date du 15 décembre 2008 à l'intention de l'assurance-accidents. Toutefois, ces certificats - qui font état d'une inaptitude au travail de 50% - sont dénués de toute motivation. Ils ne sauraient donc ébranler la conviction du Tribunal quant à la force probante que revêt

l'expertise bidisciplinaire. Tel est également le cas s'agissant du certificat établi par ce même médecin le 12 août 2009. En effet, ce document mentionne qu'une "reprise de travail" à 50% a été introduite en mars 2007 et qu'un travail à 50% doit impérativement tenir compte des limitations fonctionnelles constatées (notamment pas de marche prolongée, pas de descente d'escalier). Il n'est par contre aucunement fait mention d'une incapacité de travail à 50% dans une activité adaptée. Le Dr J\_\_\_\_\_ admet en revanche expressément que son patient fonctionne convenablement dans une activité sédentaire et qu'il n'a que peu de douleurs. Ainsi, le Tribunal peine à discerner ce qui justifierait un taux d'activité limité à 50% dans une activité adaptée, alors qu'une telle activité n'occasionnerait que peu de douleurs. Cette expertise est également corroborée par les conclusions auxquelles sont parvenus le CIP, lors du stage d'évaluation professionnelle effectué du 26 mai 2003 au 22 juin 2003, et l'Atelier Espace, lors de la mesure d'orientation professionnelle. S'agissant enfin de l'expertise rendue le 4 novembre 2002 par le Dr C\_\_\_\_\_, mandaté par l'assurance-accidents, elle retient une capacité de travail de 65 à 70% dans une activité adaptée, la probabilité d'une aggravation de l'état de santé étant envisagée. Or, depuis lors, le recourant a subi une nouvelle intervention médicale (arthroscopie opératoire du genou droit) en avril 2006. Partant et à ce titre, l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ n'est plus d'actualité. Elle est en outre contredite par les conclusions motivées et convaincantes de l'expertise bidisciplinaire rendue le 14 mai 2007. C'est donc à juste titre que l'OAI, se fondant sur l'expertise bidisciplinaire, a admis une capacité de travail totale, avec une diminution de rendement de 20% (ou une capacité de travail de 80%). Sous cet angle, le recours doit donc être rejeté et il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire.

#### **E. 7**

a) Est également litigieuse l'évaluation du taux d'invalidité, dès lors que le recourant conteste les bases de calcul retenues dans ce cadre par l'OAI, en particulier sous l'angle du revenu d'invalidité. b) En vertu de l'art. 28a al. 2 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition 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. 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 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174 ). 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 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Il doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Sont déterminantes les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement (ATF 119 V 475 consid. 2b). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222

ATF 129 V 222 consid. 4). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), bien qu'il convienne, 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. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (cf. ATFA non publié B 80/01T. du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2 résumé dans REAS 2004 p. 239). La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (ATFA non publié du 28 décembre 2004, I 290/04 et les références). La seule circonstance qu'un assuré disposerait de meilleures possibilités de gain que celles qu'il met en valeur et qui lui permettent d'obtenir un revenu modeste ne justifie pas encore que l'on s'écarte du gain qu'il perçoit effectivement (ATFA non publié du 14 octobre 2002, I 777/01). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). c) L'OAI a retenu - sans être contesté par le recourant sur ce point - que le revenu sans invalidité s'élèverait en 2007 à 92'743 fr. En effet, il ressort du questionnaire rempli par l'employeur que le dernier salaire mensuel s'élevait en décembre 1999 à 6'500 fr. pour 42 heures de travail hebdomadaire, soit 84'500 fr. par an (y compris le 13<sup>ème</sup> salaire). Indexé à l'ISS de 2006, il est porté à 92'743 fr. S'agissant du salaire avec invalidité, l'OAI s'est référé aux statistiques de ESS 2006. Il a pris comme référence le tableau TA 1, hommes, secteur 72-74, "Services informatiques ; services fournis aux entreprises", niveau de référence 4 (activités simples et répétitives), pour un horaire de 41,6 heures et a retenu sur cette base un salaire annuel de 56'946 fr. Après la réduction de 20% admise pour tenir compte de la diminution de rendement attestée par les experts, le gain annuel qui pouvait être réalisé s'élevait en 2007 à 45'557 fr. L'indexation jusqu'en 2007 n'a été prise en compte ni pour le revenu d'invalidité, ni pour celui sans invalidité, de sorte que la proportion est respectée. Le recourant considère que ce raisonnement n'est pas réaliste et qu'il conviendrait de définir une base salariale qui corresponde à ses qualifications actuelles, telles qu'issues de la mesure de reclassement. Il n'indique toutefois pas sur quelle base salariale il conviendrait de se fonder. A cet égard, le Tribunal de céans relève que le raisonnement de l'OAI est exempt de critique. Pour

déterminer le revenu d'invalidé, il incombe effectivement à l'OAI de tenir compte de la formation suivie durant quatre ans par le recourant dans tout sa globalité, à savoir une formation inachevée en informatique (Help Desk" niveaux I et II) et une formation dénommée "ECDL", couronnée par l'obtention d'un diplôme de "spécialiste bureautique". Sur cette base, il convient de prendre comme référence le tableau ESS 2006, TA1, secteur 72-74, " service informatique; services fournis aux entreprises", niveau 4 (activités simples et répétitives), soit un salaire de 4'563 fr, (54'756 fr. par an). Indexé de 2006 (116,6) à 2007 (118,5) et calculé sur une durée de travail de 41,7 heures, soit la moyenne dans le secteur tertiaire en 2007, le salaire est de 58'013 fr. En tenant compte de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée de 80%, le revenu avec invalidité est de 46'410 fr. en 2007. Il ne se justifie pas de retenir un abattement supplémentaire en raison des limitations fonctionnelles (position assise avec possibilité d'alternance et du taux d'activité partielle), lesquelles ont été prises en compte dans la diminution de rendement, l'assuré ne réalisant aucun des autres facteurs justifiant un abattement (âge, permis de travail, etc.). Le revenu sans invalidité était de 84'500 fr en 1999, y compris le 13<sup>ème</sup> salaire, soit de 94'822 fr. en 2007 après indexation (105,6 en 1999 et 118,5 en 2007). La différence entre ces deux revenus est de 48'412 fr. Ainsi, le taux d'invalidité est de 51%; il donne droit à une demi-rente invalidité à l'issue de la procédure de reclassement, soit dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007. Sous cet angle, le recours doit être rejeté.

#### **E. 8**

La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). En outre, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). Se ralliant aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, la décision rendue à ce propos par l'assurance-accidents retient un taux d'invalidité de 45% eu égard à un revenu sans invalidité de 87'528 fr. et un revenu d'invalidé de 48'128 fr, puis un taux de 49% sur opposition, l'assurance ayant omis de tenir compte du 13<sup>ème</sup> salaire dans le revenu sans invalidité. Cette décision sur opposition a été contestée par l'assuré (A/861/2010). Cela étant, l'appréciation du taux d'invalidité par l'assurance-accidents, dont ni le recourant ni l'OAI ne se prévalent pour fonder leur position dans le cadre de la présente procédure, ne sera pas examinée ici.

#### **E. 9**

a) Le recourant sollicite par ailleurs le versement d'indemnités d'attente pour la période allant du 1<sup>er</sup> au 20 novembre 2007, date à laquelle il a commencé à percevoir des

indemnités de l'assurance-chômage pour sa capacité résiduelle de travail. b) Aux termes de l'art. 19 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201), l'assuré n'a pas droit à l'indemnité journalière pour le temps pendant lequel il attend qu'un emploi convenable lui soit trouvé. Si toutefois la recherche d'un emploi est précédée d'une formation professionnelle initiale ou d'un reclassement professionnel, l'assuré conserve le bénéfice de l'indemnité journalière pendant soixante jours au plus. Dans un arrêt du 27 septembre 1994 (ATF 120 V 429), confirmé par un arrêt rendu le 4 avril 2003 dans la cause I 82/02, le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de se prononcer sur la portée de l'art. 19 al. 1 2e phrase RAI. Il a considéré que, pour que le droit à l'indemnité journalière soit donné, il suffisait que la recherche d'un emploi ait été précédée d'une formation professionnelle initiale ou d'un reclassement dans une nouvelle profession. Il a rappelé l'intention du législateur d'assurer, par voie réglementaire déléguée au Conseil fédéral, la continuité du service des prestations depuis le moment où l'invalidité s'est produite jusqu'à celui de la reprise complète d'une activité lucrative, dans des cas dignes de considération, et celle de réduire au minimum les cas où l'assuré risque d'être privé d'une prestation à la fin du reclassement professionnel. Au regard de cette volonté d'accorder une aide économique à l'assuré à la recherche d'un emploi après reclassement et qui ne bénéficie pas d'indemnités journalières de l'assurance-chômage, l'assuré s'est vu reconnaître le droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité pour la période d'un mois entre la fin de son reclassement et la date de son annonce à l'assurance-chômage (ATF 120 V 433 consid. 2b).

c) Après avoir fait l'objet d'une mesure de reclassement qui a pris fin en octobre 2007, le recourant a perçu des indemnités journalières de l'assurance-chômage à compter du 20 novembre 2007. Il a donc droit à des indemnités journalières pour la période allant du 1<sup>er</sup> au 19 novembre 2007. C'est donc à tort que l'OAI n'a pas donné suite à la demande du recourant. Étant rappelé qu'un recours peut aussi être formé lorsque, comme en l'espèce, l'assureur, malgré une demande de l'assuré, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al.2 LPG), le recours doit donc dans cette mesure être admis et le dossier renvoyé à l'OAI pour qu'il soit statué sur le montant des indemnités journalières dues pour la période du 1<sup>er</sup> au 19 novembre 2007.

#### **E. 10**

En dernier lieu, le recourant conteste les termes d'un prononcé de l'OAI du 17 décembre 2007, adressé à la Caisse cantonale genevoise de compensation et qualifiant le genre d'invalidité de "maladie de longue durée", alors même que, selon le recourant, son invalidité résulterait d'un accident. Il prétend que cette qualification lui causerait un préjudice, dès lors qu'elle pourrait être retenue à son détriment par l'assureur-accidents. A teneur de l'art. 56 LPG, seules les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. En l'espèce, il est manifeste que le prononcé du 17 décembre 2007 ne saurait être qualifié de décision. Il s'agit d'un acte interne à l'administration, destiné à communiquer une information à une autre autorité administrative dans le but de faire avancer la procédure et qu'une décision soit prise quant au calcul des prestations dues. En outre, quand bien même ce prononcé pourrait-il être qualifié de décision, encore eût-il fallu qu'il soit contesté dans les délais légaux, ce qui n'est manifestement pas le cas. Les conclusions prises à ce propos par le recourant sont donc irrecevables.

#### **E. 11**

Au vu de ce qui précède, le recours sera très partiellement admis et le dossier renvoyé à l'intimé pour le calcul des indemnités journalières. Compte tenu du fait que le recourant n'obtient gain de cause que sur la question des indemnités journalières dues entre le 1<sup>er</sup> et le 19 novembre 2009, les dépens qui lui sont alloués sont limités à 500 fr.

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