

GE_GERICHTE A/2234/2017 vom 2. Mai 2018

GE Cour de justice, 2018-05-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2234_2017

FR: GE_GERICHTE A/2234/2017 du 2 mai 2018

IT: GE_GERICHTE A/2234/2017 del 2 maggio 2018

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.05.2018 A/2234/2017

A/2234/2017 ATAS/378/2018 du 02.05.2018 (AI) , REJETE En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/2234/2017 ATAS/378/2018 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 2 mai 2018 4 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Marie FAIVRE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1975 et célibataire, a requis des prestations de l'assurance-invalidité le 3 octobre 2007, du fait qu'il était atteint de paraplégie à la suite d'un accident de moto intervenu le 3 juin 2007.![endif]>![if> 2. L'assuré travaillait depuis novembre 2003 en tant qu'animateur parascolaire pour le Groupement intercommunal pour l'animation parascolaire (ci-après C_____) et depuis février 2003 comme régisseur de salle et gestionnaire de bar pour l'Association B_____ (ci-après B_____).![endif]>![if> 3. À teneur d'une note de dossier établie par la Zürich, l'assuré avait travaillé dans le domaine de la menuiserie jusqu'en 2003, puis avait changé d'orientation professionnelle. Il avait souhaité travailler à temps partiel pour faire de la musique. Il travaillait à 20% auprès du C_____ pour un salaire mensuel de CHF 1'075.- et à 50% auprès de B_____ pour un salaire mensuel de CHF 2'345.-.![endif]>![if> 4. Le C_____ a indiqué à l'OAI le 19 octobre 2007 que l'assuré était employé depuis le 7 novembre 2003 comme animateur parascolaire 2.31 heures par jour et 4 jours par semaine depuis décembre 2005. L'horaire de travail normal de l'entreprise était de 8 heures par jour, 5 jours par semaine. Son salaire mensuel était de CHF 1'102.10 dès septembre 2007.![endif]>![if> 5. À teneur d'un rapport établi par la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) le 28 janvier 2008, l'assuré présentait une paraplégie complète de niveau moteur L1 et sensitif L3 de type ASIA A avec zones de préservation partielle sensitive ddc. Du point de vue professionnel, compte tenu de ses incapacités actuelles, en particulier au niveau de la locomotion, des ports de charges et de toute activité physique nécessitant des capacités physiques importantes, l'état de santé de l'assuré était incompatible avec la poursuite de ses activités d'animateur scolaire et de caviste. Elle a, en outre, constaté qu'il s'orientait vers un travail d'assistant social de type éducatif, profession qui était envisageable si le type de personnes à charge ne nécessitait pas ou peu de déplacements répétés. L'assuré pouvait effectuer du travail administratif. D'une façon globale, l'orientation devait se faire vers une activité sédentaire de type bureau. L'incapacité de travail resterait totale jusqu'au mois d'avril 2008, date à laquelle une consultation pluridisciplinaire était prévue pour faire un bilan au niveau neurologique, locomoteur, urinaire et professionnel. ![endif]>![if> 6. Dans un avis médical du 13 mars 2008, le docteur D_____, du SMR, a indiqué que la situation

paraissait stabilisée au moins depuis décembre 2007, correspondant à la fin du séjour à la CRR. L'assuré était indépendant pour ses activités personnelles. Donc, dans un poste adapté, sa capacité était de 90-100%. Il était apte pour une formation adaptée.!

7. Dans un rapport du 22 avril 2008, la CRR a indiqué avoir procédé à un bilan général et urodynamique le 15 avril 2008. Sur le plan socioprofessionnel, la capacité de travail de l'assuré restait nulle dans ses activités antérieures. Une réorientation professionnelle avait été discutée. Pour une nouvelle formation, sa capacité était entière dès le début de cette formation. Moyennant une aide au placement, une activité adaptée sans port de charges, en positions alternées et plutôt en position assise devrait être exigible à 50% au moins.!

8. Le 6 mai 2008, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) a imparti un troisième délai à B_____ pour lui transmettre les renseignements demandés sur l'assuré.!

9. Par décision du 28 novembre 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré un stage d'orientation professionnelle.!

Il lui a accordé l'indemnité journalière à partir du 1^{er} décembre 2008 pour la période de réadaptation, durant le délai d'attente, du début de sa formation professionnelle du 1^{er} septembre au 18 septembre 2011, puis du 19 septembre 2011 au 30 juin 2014 pendant son reclassement.

10. L'assuré a suivi une formation HETS d'assistant social du 19 septembre 2011 au 4 septembre 2015. !

11. Dans un rapport du 15 novembre 2015, le docteur E_____, médecine générale FMH, a indiqué que l'assuré présentait un handicap sur paraplégie des membres inférieurs associée à des troubles fonctionnels organiques en particulier au niveau des systèmes digestif et urinaire à la suite d'un traumatisme médullaire. Ce handicap le contraignait à effectuer des soins quotidiens comprenant des exercices physiques de mobilisation musculaire et articulaire afin d'éviter une sclérose musculo-squelettique, des soins digestifs et urinaires avec, en particulier, des manipulations pour effectuer les vidanges coliques et vésicale et des soins d'hygiène de base. Ces soins nécessitaient quatre heures par jour auxquelles s'ajoutaient les déplacements. Aucune activité professionnelle ne pouvait être envisagée à plus de 50%.!

12. Le 18 janvier 2016, H_____ a engagé l'assuré en qualité de collaborateur à 50% pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 31 janvier 2017.!

13. Dans un rapport du 23 février 2016, le docteur F_____, du SMR, a estimé, comme le médecin traitant de l'assuré, que la profession d'assistant social était une activité adaptée et que la capacité de travail résiduelle exigible ne pouvait dépasser 50% en lien avec les importantes limitations fonctionnelles liées à l'atteinte incapacitante.!

14. Le 20 mars 2016, l'assuré a informé la conseillère en réadaptation professionnelle de l'OAI qu'il avait touché des indemnités du chômage du 7 septembre 2015 au 31 janvier 2016 et qu'il avait trouvé un emploi d'assistant social correspondant à ses capacités physiques à 50% à H_____.

15. Dans un rapport d'enquête économique sur le ménage du 24 mars 2016, il est mentionné qu'au moment de l'atteinte à sa santé, l'assuré vivait avec une amie. Depuis le 26 février 2011, il avait emménagé à Onex et vivait seul. Avant son atteinte à la santé, il percevait environ CHF 1'100.- net du C_____ et CHF 2'340.- net de B_____, soit au total CHF 3'340.- net. Le revenu de sa compagne s'élevait à CHF 6'396.- net. Depuis 2011, l'assuré vivait seul et n'avait plus le revenu de son amie pour l'aider financièrement. Actuellement, il payait un loyer de CHF 1'335.-, des primes d'assurance-maladie de CHF 331.- par mois, CHF 302.- à l'AFC sur dix mois et il avait un véhicule.!

Au moment de l'atteinte à la santé, il travaillait à 50% comme régisseur-caviste et à environ 20% comme animateur, soit au total à environ 70%. Il avait choisi une activité professionnelle à temps partiel pour faire de la musique et être disponible pour son activité bénévole à G_____.

Il avait bénéficié des

revenus de son amie jusqu'à leur séparation, en février 2011. L'assuré avait indiqué qu'il ne tournerait pas très bien avec le revenu de CHF 3'300.- qu'il touchait avant l'atteinte à la santé et qu'il aurait probablement dû augmenter son temps de travail à 100%. En 2007, au moment de l'atteinte à la santé, il résidait dans un appartement de quatre pièces à Collex. En 2009-2010, il avait emménagé dans un appartement de quatre pièces à Signy, puis dès le 26 février 2011, dans un appartement à Onex, où l'enquête avait eu lieu. Les empêchements de l'assuré dans les travaux habituels étaient les mêmes qu'à la fin de l'année de carence, en juin 2008. De juin 2008 à janvier 2011, il avait été tenu compte de l'exigibilité de l'aide de sa compagne, car il s'occupait alors du ménage avec cette dernière; cela ne représentait toutefois pas une grande activité, car leur ménage était petit (deux personnes actives). Le total des empêchements était de 58.20% (avec une exigibilité pour la compagne de l'assuré de 19.65%) pour la période de juin 2008 à janvier 2011 et de 77.85% (avec une exigibilité nulle) de février 2011 au 24 mars 2016, date du rapport. 16. Selon une note sur le statut de l'assuré rédigée par le gestionnaire de l'OAI le 10 mai 2016, au moment de l'incapacité de travail attestée par le service médical, soit en juin 2007, le statut était fixé à 73%. En effet, il ressortait des documents transmis par Zurich assurances SA (ci-après la Zurich) que l'emploi chez B_____ était effectué à 50%. Selon le questionnaire pour l'employeur, complété par le C_____, l'assuré travaillait 2 heures 31 sur quatre jours. Il pouvait s'agir de 2 heures et 31 centièmes, soit respectivement 25% ou 23%. Le document transmis par la Zurich indiquait un taux d'activité de 23%. En février 2011, l'assuré avait passé à un statut d'actif, dès lors qu'il ne partageait plus les frais financiers avec son amie, car ils s'étaient séparés. Le total des revenus mensuels du couple s'élevait à CHF 9'700.-. L'assuré avait indiqué, lors de l'enquête économique sur le ménage, que depuis sa séparation d'avec sa compagne en février 2011, il aurait été dans l'obligation d'augmenter son temps de travail à plein temps étant donné que son revenu était de CHF 3'300.- (avant son atteinte à la santé).!endif]>![if> 17. Par courriel du 19 mai 2016, la conseillère en réadaptation professionnelle de l'OAI a informé une collaboratrice de la Zurich que le versement des indemnités journalières de l'assurance-invalidité avait pris fin le 6 septembre 2015.!endif]>![if> 18. Selon un rapport final MOP (mesures d'ordre professionnel), établi par l'OAI, la perte de gain était de 39.6% dès juin 2008 dans la sphère lucrative (73%), de 38% à l'issue du reclassement dès septembre 2015 et de 36% dès février 2016, date de sa prise d'activité. L'assuré avait suivi une formation d'assistant social du 19 septembre 2011 au 30 juin 2014, prolongée au 4 septembre 2015, qu'il avait réussi avec succès. Il avait trouvé un emploi à 50% à H_____, de sorte qu'il était procédé à la clôture du mandat de réadaptation par une évaluation théorique des gains. La perte de gain qui résultait de la comparaison du revenu sans invalidité au revenu exigible s'élevait, dès juin 2008, à 39.6% pour la sphère professionnelle (73%). Il était rappelé que la capacité de travail avait été estimée dans un premier temps à 90% par l'avis du SMR du 17 mars 2008, puis à 50% au moins par le SMR le 10 décembre 2008, à la suite du rapport de la CRR. Dès 2011, l'assuré était considéré comme ayant un statut d'actif. Le SMR avait confirmé le 23 février 2016 que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée ne pouvait pas dépasser 50%. À l'issue du reclassement, soit dès septembre 2015, la perte de gain s'élevait à 38% (arrondi de 37.5%), référence faite au tableau de détermination du degré d'invalidité. Puis dès février 2016, date du début du contrat de travail avec H_____, la perte de gain était de 36% (arrondi de 35.63%). Selon le questionnaire employeur du 22 octobre 2007, le revenu de l'assuré était de CHF 1'102.10 par mois x 13, soit CHF 14'327.30 par an pour le C_____, et selon les documents LAA, son revenu était de CHF 30'000.- par an en 2007

pour B_____, soit un revenu global de CHF 44'327.30 pour l'année 2007 (pour une activité à un taux d'activité à 73%), ce qui représentait CHF 45'302.- l'an pour 2008. 19. Par projet de décision du 7 juin 2016, l'OAI a octroyé à l'assuré un quart de rente d'invalidité (degré d'invalidité de 45%) à partir du 3 juin 2008 et précisé que le droit à la rente s'éteignait dès le versement des indemnités journalières. L'OAI détaillait la façon dont il avait établi le degré d'invalidité en précisant qu'il avait tenu compte du fait que l'assuré avait, avant son atteinte à la santé, exercé deux activités professionnelles, pour un taux d'activité total de 73%. Selon ses observations, il aurait continué d'exercer ses activités au même taux, sans problèmes de santé. Les 27% restants correspondaient à ses travaux habituels. À partir du mois de février 2011, en raison d'une modification de sa situation sur le plan financier, l'OAI considérait que l'assuré aurait été dans l'obligation d'augmenter son temps de travail à plein temps. Sur la base du dossier médical, le SMR avait constaté que son atteinte à la santé entraînait une incapacité de travail totale depuis le 3 juin 2007 dans ses anciennes activités professionnelles et avait retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. L'OAI s'était référé au tableau TA7 tous secteurs confondus (total) de l'enquête suisse sur la structure des salaires indiquant qu'un homme travaillant dans une activité de niveau 4 pouvait réaliser un salaire annuel brut de CHF 30'383.-. En raison du taux d'occupation, il avait accordé une réduction supplémentaire de 10%, ce qui ramenait le salaire annuel brut à CHF 27'344.-. S'agissant du revenu sans invalidité, les données versées au dossier indiquaient que, dans ses anciennes activités d'animateur, de régisseur et de caviste, l'assuré aurait pu prétendre en 2008 à un salaire annuel brut de CHF 45'302.-. Il était sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, que l'activité que l'on pouvait raisonnablement attendre de la personne assurée soit effectivement exercée ou non. En comparant les revenus pour l'année 2008 (CHF 45'302.- – CHF 27'344.- = CHF 17'958.-), le degré d'invalidité était de 39.6%. L'empêchement dans ses travaux habituels était à cette époque de 58.2%. À l'issue du délai d'attente, soit en juin 2008, son degré d'invalidité résultant des deux domaines était de 44.6% :
- revenu sans invalidité à 73% avec un empêchement de 39.6% : 28.9%
- travaux habituels à 27% avec un empêchement de 58.2% : 15.7%
degré d'invalidité : 44.6%
Ce degré d'invalidité arrondi à 45% ouvrait le droit à un quart de rente dès le 1 er juillet 2008. Afin de déterminer dans quels domaines professionnels l'assuré pourrait mettre en valeur la capacité de travail retenue par le SMR, l'OAI avait confié un mandat à son service de réadaptation et l'assuré avait été mis au bénéfice de plusieurs mesures professionnelles, à la suite desquelles il avait réussi avec succès sa formation d'assistant social et avait trouvé un poste dans ce domaine à 50%. Afin de déterminer son degré d'invalidité à l'issue du reclassement professionnel, l'OAI avait procédé à une nouvelle comparaison de ses revenus. Il avait fixé le revenu annuel actualisé sans invalidité à CHF 66'032.87 en réactualisant les revenus réalisés par l'assuré auprès du C_____ et B_____ pour l'année 2015-2016, soit un revenu annuel brut de CHF 48'204.- pour un taux de 73%, équivalant à CHF 66'032.87 à 100%. Il avait pris en compte CHF 42'504.- comme revenu déterminant annuel d'invalidé, sur la base du nouveau contrat de travail de l'assuré en qualité d'assistant social à 50%.
- revenu sans invalidité : CHF 66'032.87
- revenu avec invalidité : CHF 42'504.-
perte de gain : CHF 23'529, soit un degré d'invalidité de 35.6%.
Ce degré d'invalidité arrondi à 36% ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. 20. Le 30 août 2016, l'assuré, représenté par un conseil, a formé opposition contre le projet de décision de

l'OAI du 7 juin 2016. Il estimait que la méthode mixte aurait dû s'appliquer également après 2011. C'était à tort que l'OAI avait appliqué la méthode générale de comparaison des revenus au seul motif de la modicité de son salaire actuel, du fait qu'il aurait laissé entendre, lors de l'enquête ménagère, que, valide, il aurait dû travailler à plein temps du fait de sa rupture avec sa compagne. Ce raisonnement était insoutenable. Sans ses problèmes de santé, il aurait tout à fait pu se satisfaire de ses revenus antérieurs, puisqu'il vivait actuellement avec un salaire très inférieur. Il aurait sans doute pu également renouer une relation stable depuis février 2011. Ses problèmes financiers actuels procédaient aussi de son impossibilité d'exécuter les tâches ménagères ordinaires. Il était absurde de lui imputer un revenu d'activité lucrative sans invalidité fictif comme s'il avait travaillé à 100% avant l'accident. La date déterminante pour le calcul de la rente était le 1^{er} septembre 2015. Au besoin, entre juillet 2007 et septembre 2015, il fallait réactualiser le salaire brut effectif, en fonction des statistiques concernant l'évaluation des salaires à un taux de 9.3%. En conséquence, le revenu brut sans invalidité devait être augmenté de CHF 3'990.- et il fallait tenir compte d'un revenu brut de CHF 46'894.-, valeur à septembre 2015. Le taux d'empêchement à prendre en compte selon l'enquête ménagère du 24 mars 2016 était de 77.85%. Son revenu avec invalidité correspondait à celui obtenu auprès de H_____, soit CHF 42'504.-. Selon la méthode mixte, le calcul devait s'effectuer comme suit : $(30.4 \times 50\%) + (11.2 \times 77.85\%) = 57.49\%$ 41.6 En fonction de ce calcul, il avait droit à une demi-rente d'invalidité. Il était absurde et inéquitable de fixer le taux d'invalidité par la méthode générale de comparaison des revenus puisqu'en raison de ses problèmes de santé, il devait consacrer beaucoup plus de temps que par le passé à la gestion de son quotidien, en particulier à de nombreux soins et à ses tâches ménagères, qu'il devait déléguer pour la plupart. Admettre le point de vue de l'OAI équivalait à occulter cette réalité, indépendamment du fait qu'il était invraisemblable de soutenir qu'il n'aurait pas droit à une demi-rente d'assurance-invalidité alors qu'il n'était capable de travailler qu'à 50% dans une activité adaptée. En conséquence, le recourant concluait à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2015. 21. Par décision du 6 avril 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision, considérant que les éléments produits par l'opposant ne permettaient pas de modifier sa précédente appréciation. 22. Le 22 mai 2017, l'assuré a formé recours contre la décision rendue par l'OAI le 6 avril 2017, concluant, préalablement, à l'apport de l'intégralité du dossier AI et du dossier LAA de la Zurich assurances et, principalement, à l'annulation de la décision querellée et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité de juin 2008 à septembre 2015 – rente qui pouvait être suspendue dans la mesure du versement d'éventuelles indemnités journalières –, et qu'il avait droit à une demi-rente d'invalidité à compter de septembre 2015, sous suite de frais et dépens. Il avait droit à une rente entière d'invalidité à compter de juin 2008 puisque, selon les constatations de la CRR, sa capacité de travail était nulle à son départ de cette clinique. Cette rente devait être maintenue, sous réserve du versement ponctuel d'indemnités journalières jusqu'à fin septembre 2015, date de l'obtention de son certificat d'aptitude au travail social. Au-delà de cette date, demeurait litigieux le taux d'invalidité. Le recourant faisait valoir qu'il avait fait de son mieux pour se réintégrer professionnellement et que tout le monde s'accordait à considérer qu'une activité de 50% était adéquate. Comme il travaillait à 73% au moment de l'accident, il convenait d'appliquer la méthode mixte. Son choix de vie antérieur procédait de son désir de consacrer une bonne partie de son temps à la pratique musicale, étant précisé qu'il était fêru de musique et qu'il faisait toujours partie d'un groupe. Après le départ de sa compagne, il

aurait pu limiter ses charges fixes, notamment en prenant un appartement plus petit, sans devoir renoncer à un loisir essentiel à sa qualité de vie. Du reste, du fait de ses problèmes de santé, il avait été contraint de déménager dans un appartement adapté à son handicap. En l'absence de problèmes de santé, il était vraisemblable, sinon certain, qu'il aurait pu refaire sa vie sentimentale et donc maintenir le statu quo ante. S'agissant de ses déclarations lors de l'enquête ménagère, il avait répondu sans connaître le but de la question et sans réflexion préalable. Il n'était pas acceptable que l'OAI s'en prévale. À l'heure actuelle, il avait toujours ses activités musicales alors même qu'il ne disposait que d'un revenu pour son travail à mi-temps. En droit et en équité, il était absurde de le pénaliser en appliquant la méthode générale de comparaison des revenus, alors qu'il ne pouvait travailler qu'à 50% et que son handicap ménager était conséquent, sans parler du fait qu'il devait consacrer près de quatre heures par jour aux soins nécessités par ses problèmes de santé (référence faite au rapport du Dr E_____). En application de la méthode mixte, il aurait droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2015, soit à compter de la concrétisation de son reclassement professionnel. 23. Par réponse du 18 juillet 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Selon la jurisprudence, les éléments retenus pour déterminer le statut d'un assuré devaient présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Une simple supposition, hypothèse ou possibilité ne suffisaient pas. Ainsi, un fait était considéré comme vraisemblable de façon prépondérante lorsque, selon le critère de l'expérience générale de la vie, aucune objection concrète ne s'y opposait. Lorsque l'on devait trancher entre deux ou plusieurs possibilités, la possibilité prépondérante était attribuée au fait le plus susceptible de s'être produit, référence faite à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Cette évaluation devait également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui, en tant que fait interne, ne pouvait faire l'objet d'une administration directe de la preuve et devait, en règle générale, être déduite d'indices extérieurs. L'OAI avait pris en considération le fait qu'au mois de février 2011, le recourant avait dû faire face au fait qu'un seul revenu devait suffire à satisfaire ses dépenses mensuelles. Il avait admis que pour des raisons financières, il aurait vraisemblablement cherché à augmenter ses revenus en prenant un travail à 100%, en l'absence d'atteinte à la santé. Les éléments apportés par le recourant ne permettaient de faire une appréciation différente du cas. 24. Par réplique du 24 août 2017, le recourant a persisté dans son recours. Il n'était pas admissible d'argumenter à partir du départ de sa compagne en février 2011, ceci d'autant plus qu'il pouvait être dû à ses problèmes de santé, tout comme ses difficultés à renouer une relation stable. Ce fait nouveau ne pouvait avoir de pertinence juridique. Les difficultés financières qu'il avait alléguées en mars 2016 procédaient uniquement du fait que son assureur LAA et l'assurance-invalidité n'avaient pas encore statué quant à son droit à des prestations d'assurance, étant précisé qu'il avait pu équilibrer son budget sans difficulté lorsqu'il avait été au bénéfice des indemnités journalières. La méthode générale de comparaison des revenus équivalait à faire abstraction des multiples handicaps qu'il rencontrait dans la gestion de son quotidien et dans la tenue du ménage. Si on voulait lui imputer une activité salariée à 100%, il fallait alors adapter à due concurrence le salaire sans invalidité, soit un revenu annuel de base de CHF 69'721.- (CHF 44'327.- / 73 x 100) ou un salaire réactualisé de CHF 89'867.-. Si l'on voulait raisonner en fonction de la seule capacité de gain, il devait être possible et plus équitable de prendre en compte la capacité théorique de travail en faisant une comparaison en pourcent. Cette méthode constituait une variante admissible de la comparaison des revenus lorsque les expectatives de réadaptation professionnelle étaient meilleures que le salaire réalisé sans invalidité. 25. Lors d'une audience

devant la chambre de céans du 9 mars 2018, le recourant a déclaré qu'avant son accident, il travaillait pour B_____ à 50% et pour le parascolaire à 23%. Le reste de son temps était essentiellement consacré à la musique, qui était sa passion depuis l'enfance. Il avait toujours fait le choix de ne pas travailler à 100% pour pratiquer la musique. Il était batteur, avait enregistré des disques et était parti en tournées. Il faisait également le ménage, les courses et ses tâches administratives, ce qui lui permettait de garder ses weekends libres pour faire de la musique. Il travaillait déjà à temps partiel quand il était ébéniste-menuisier. S'il avait bien indiqué à l'enquêtrice, le 24 mars 2016, qu'en raison de sa séparation, il devrait probablement augmenter son temps de travail jusqu'à un 100%, il fallait tenir compte du fait qu'il n'avait pas été particulièrement à l'aise lors de cette enquête et qu'il avait répondu à la question posée sans connaître les conséquences de sa réponse et alors qu'il ne touchait pas encore de rente AI, mais seulement un maigre salaire de H_____ qui lui permettait difficilement de vivre. À la réflexion, il pensait qu'il n'aurait jamais travaillé à 100%. À l'heure actuelle, il gagnait CHF 2'800.- pour son emploi à H_____.

Il n'avait pas changé ses activités depuis son accident et continuait à faire de la musique, mais tout lui prenait plus de temps. Il touchait un quart de rente de l'assurance-invalidité plus une rente d'impotence.!

26. 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 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

3. 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.!

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité de juin 2008 à septembre 2015 – rente suspendue pendant le versement des indemnités journalières – et à une demi-rente d'invalidité à compter de septembre 2015.!

5. 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 vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation

médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). 6. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. 7. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). Lorsqu'il y a lieu d'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés, que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative (art. 27bis al. 1 RAI). 7. Dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2017, l'art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) précisait que par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il fallait entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. Par travaux habituels des religieux ou religieuses, il faut entendre l'ensemble de l'activité à laquelle se consacre la communauté. 8. Par modification du 1^{er} décembre 2017, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018 du RAI, le Conseil fédéral a introduit un nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, de façon à renforcer les moyens de concilier vie familiale et vie professionnelle dans le respect des exigences de la CourEDH (art. 27 et 27bis al. 2 à 4 RAI). Le nouveau mode de calcul accorde un poids égal aux conséquences d'une atteinte à la

santé sur l'exercice d'une activité lucrative et sur l'accomplissement des travaux habituels. Dans le domaine professionnel, la détermination du taux d'invalidité se base sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps; de même, en ce qui concerne les travaux habituels, le calcul est aussi effectué comme si la personne s'y consacrait à plein temps. Les tâches ménagères et familiales sont ainsi mieux prises en compte (Rapport explicatif du Conseil fédéral dans son communiqué de presse du 1er décembre 2017 – <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/publications-et-services>). Les activités artistiques et d'utilité publique ne sont plus mentionnées dans l'art. 27 RAI. Bien que les secondes aient indubitablement une utilité sur le plan macro-économique, l'incapacité à les accomplir n'expose pas le ménage concerné à un préjudice économique et n'a donc pas à être compensé par l'AI. Pour ce qui est des activités artistiques, il faut tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle les occupations purement de loisirs ne font pas partie des activités relevant des travaux habituels (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb). S'il ne s'agit que d'un loisir, la cessation de cette activité n'engendre généralement pas de perte économique. À l'inverse, si l'activité artistique est exercée de manière professionnelle et permet de générer un certain revenu, il s'agit d'une activité lucrative qui doit être prise en compte lors de la détermination du statut de l'assuré. Les rentes en cours octroyées jusqu'au 31 décembre 2017 en application de la méthode mixte doivent être soumises à une révision, à initier avant fin 2018 (al. 1 des dispositions transitoires de la modification du RAI du 1er décembre 2017). Au cours de ces révisions, les faits déterminants devront être fondamentalement réévalués d'un point de vue médical et économique et une nouvelle enquête sera généralement nécessaire (cf. Lettre circulaire AI n° 372 du 9 janvier 2018). Lorsque l'octroi d'une rente a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 1er décembre 2017 parce que le taux d'invalidité était insuffisant à un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et accomplissant par ailleurs des travaux habituels, une nouvelle demande sera examinée s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité conformément à l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI, aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente (al. 2 des dispositions transitoires de la modification du RAI du 1er décembre 2017). Dans ce cas de figure, c'est à l'assuré qu'il revient de déposer une nouvelle demande. L'office AI est tenu d'examiner la nouvelle demande s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente. Un calcul simple permet de vérifier si cette condition est remplie. Les variables initialement disponibles (statut, activité lucrative, travaux habituels, revenu sans invalidité, revenu d'invalidité, incapacité à accomplir les travaux habituels) doivent être prises en compte à cette fin et utilisées dans la nouvelle formule de calcul. Cet examen simple vise à éviter le dépôt de nouvelles demandes qui conduiraient les offices AI à devoir réexaminer la situation médicale, personnelle et professionnelle d'un assuré alors même que tout laisse à penser que l'application du nouveau mode de calcul ne permettra pas de reconnaître un taux d'invalidité donnant droit à une rente (Office fédéral des assurances sociales, rapport explicatif concernant la modification du règlement du 17 janvier 1961 – évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel, p. 15). 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). 8. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, applicable jusqu'au 31 décembre 2017, comme c'est le cas en l'espèce, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec

l'art. 16 LPGa). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis aRAI, ainsi que les art. 16 LPGa et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa).

9. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n. U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser

en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu 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'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). 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).

10. Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

11. 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).

12. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider

si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Un rapport du SMR, au sens de

l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de 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). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 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).!endif>!if> 13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des

assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).¹⁴ Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).¹⁵ En l'espèce, le recourant estime avoir droit à une rente entière d'invalidité à compter de juin 2008 puisque, selon les constatations de la CRR, sa capacité de travail était nulle à son départ de cette clinique jusqu'à fin septembre 2015, date de l'obtention de son certificat d'aptitude au travail social, sous réserve du versement des indemnités journalières. Il est exact que la CRR a estimé le 28 janvier 2008 que le recourant était totalement incapable de travailler jusqu'au mois d'avril 2008, date à laquelle elle devait le réexaminer. À la suite du réexamen du 15 avril 2008, la CRR a estimé que le recourant avait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Le 15 novembre 2015, le Dr I_____ a attesté que le recourant ne pouvait pas avoir d'activité à plus de 50% et le SMR a enfin retenu, le 23 février 2016, qu'il avait une capacité de travail résiduelle de 50%. Il est ainsi suffisamment établi que le recourant était capable de travailler à 50% dès le 15 avril 2008, ce qui n'est contredit par aucun rapport médical. La première appréciation de la CRR – qui avait retenu une incapacité de travail totale – ne pouvait plus être prise en compte dès le 15 avril 2008, date à laquelle la CRR a estimé que le recourant avait une capacité de travail résiduelle de 50%. Le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI pour la période commençant en juin 2008, à l'issue du délai d'attente, selon la méthode mixte – qui tient compte d'une capacité de travail résiduelle de 50% – est dès lors correct. L'OAI n'a pas pris en compte le tableau TA1 pour établir le revenu sans invalidité du recourant et s'est référé au tableau TA7, qui n'existe pas dans l'ESS 2008, faisant référence, semble-t-il, au tableau TA3 (secteurs privé et public). Cette erreur est toutefois sans conséquence, car le taux d'invalidité global est le même (45%) que l'on prenne en compte pour l'établir le salaire mensuel du tableau TA1, ligne Total pour un homme (CHF 4'806.-), ou le montant de CHF

4'869.- appliqué par l'OAI. La décision de l'OAI doit donc être confirmée en tant qu'elle octroi au recourant un quart de rente d'invalidité dès juin 2008. 16. Le recourant allègue encore que l'OAI aurait dû calculer son taux d'invalidité après reclassement professionnel également selon la méthode mixte et qu'il ne pouvait pas considérer que dès février 2011, date de sa séparation d'avec sa compagne, il avait un statut d'actif au motif qu'il avait déclaré à l'enquêtrice que, pour des raisons financières, il aurait vraisemblablement cherché à augmenter ses revenus en prenant un travail à 100%, en l'absence d'atteinte à la santé.

Il faut convenir avec le recourant que cette dernière déclaration faite sans réflexion particulière n'établit pas au degré de la vraisemblance prépondérante requis qu'il avait un statut d'actif depuis sa séparation. Il ressort au contraire de son parcours de vie qu'il a voulu travailler à temps partiel, en tous les cas dès 2003, pour se consacrer à la musique, ce qu'il continue à faire. Il était relativement jeune en 2011 (36 ans) et sans enfant. Avant son atteinte à la santé, ses revenus étaient certes limités, mais toutefois suffisants pour subvenir à ses besoins minimaux, puisqu'il touchait au total environ CHF 3'400.- net. Il aurait pu augmenter son taux d'activité sans aller jusqu'à un 100%, changer d'activité professionnelle pour un emploi mieux rémunéré, baisser sa charge locative et renoncer à son véhicule. En outre, comme l'a relevé le recourant, il apparaît discutable de prendre en compte sa séparation d'avec sa compagne, dans la mesure où celle-ci pourrait être due à son handicap. Au vu des considérations qui précèdent, il y a lieu d'admettre qu'en bonne santé, le recourant aurait continué à exercer une activité à temps partiel après sa séparation. C'est donc à tort que l'OAI a calculé le taux d'invalidité du recourant selon la méthode générale de comparaison des revenus. 17.

À l'issue du reclassement professionnel du recourant en 2015, l'OAI aurait donc dû établir le taux d'invalidité selon la méthode mixte, en fixant le revenu avec invalidité à CHF 7'038.- par mois et CHF 84'456.- par année sur la base des ESS 2014, TA1_tirage_skill_level pour un homme exerçant une activité de niveau 3 dans le secteur santé humaine et action sociale. Adapté à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2015 (41,7 heures, Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), le revenu annuel doit être porté à CHF 88'045.38 (CHF 84'456.- x 41.7 / 40) et à CHF 88'283.34 indexé à 2015 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (ISS, en 2014 : 2220 et en 2015 : 2226; soit CHF 88'045.38 x 2226 / 2220), ce qui correspond à un salaire de CHF 44'141.67 à 50%. Il convient encore d'effectuer un abattement supplémentaire sur le salaire statistique de 10% pour tenir compte du taux d'occupation. Le revenu avec invalidité à prendre en compte pour 2015 est ainsi de CHF 39'727.50. Le revenu sans invalidité à prendre en compte est de CHF 48'204.-, soit le revenu effectivement touché par le recourant en 2007 à 73% indexé à 2015. La perte de gain est ainsi de CHF 8'476.50, ce qui donne un taux d'invalidité de 17.58% dans la sphère professionnelle.

Le total des empêchements dans la sphère des travaux habituels est de 77.85% (avec une exigibilité nulle) de février 2011 au 24 mars 2016, selon le rapport d'enquête. Il n'est pas contesté qu'avant l'invalidité, le recourant travaillait 73%. Le taux d'invalidité est ainsi : - dans la sphère professionnelle de 12.83% (73% x 17.58%) - dans la sphère des travaux habituels de 21.01% (27% x 77.85%) - soit au total de 34% (12.83% + 21.01% = 33.84%).

Ce taux d'invalidité est insuffisant pour ouvrir au recourant le droit à une rente d'invalidité après l'issue du reclassement professionnel. 18. Dès le 1^{er} janvier 2016, le recourant a été engagé par H_____ et le calcul du taux d'invalidité doit dès lors prendre en compte comme revenu avec invalidité le salaire effectivement versé par l'employeur, soit CHF 42'504.- et comme revenu sans invalidité le revenu effectivement touché par le

recourant en 2007 indexé à 2016, à 73%, soit CHF 48'485.-, ce qui donne une perte de gain de CHF 5'981.- et un taux d'invalidité de 12.33% dans la sphère professionnelle.

Le taux d'invalidité est ainsi : - dans la sphère professionnelle de 9% (73% x 12.33%) - dans la sphère des travaux habituels de 21.01% (27% x 77.85%) - soit au total de 30% (9% + 21.01% = 30.01%).

Ce degré d'invalidité est également insuffisant pour ouvrir au recourant le droit à une rente d'invalidité. 19. Le calcul mixte auquel a procédé le recourant est erroné dans la mesure où il tient compte d'une incapacité de travail de 50% au lieu d'une incapacité de gain (voir ATF 137 V 334 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2016 du 14 septembre 2016 consid. 3.2). 20. Les éléments de fait au dossier permettant de juger la cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la conclusion du recourant tendant à l'apport de l'intégralité du dossier LAA. 21. Le recourant n'obtient ainsi pas gain de cause dans ses conclusions et son recours doit être rejeté. 22. Il sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI). 23. Dans la mesure où il apparaît que le nouveau mode de calcul mixte pourrait être plus favorable au recourant, il se justifie en l'espèce de renvoyer la cause à l'intimé pour examen de la situation postérieure au 1 er janvier 2018. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Renvoie le dossier à l'intimé pour réexamen en application de l'al. 2 des dispositions transitoires de la modification du RAI du 1 er décembre 2017. 4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant. 5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Catherine TAPPONNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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