

# GE\_GERICHTE A/2328/2017 vom 17. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2328\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2328_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/2328/2017 du 17 janvier 2018

IT: GE\_GERICHTE A/2328/2017 del 17 gennaio 2018

## Erwägungen

### E. 1

er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 25 avril 2017 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA). 5. L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a supprimé, à partir du 1<sup>er</sup> août 2016, la rente accordée au recourant dès le 1<sup>er</sup> mars 2016, plus particulièrement sur l'évaluation de la capacité de travail et sur le degré d'invalidité du recourant. 6. a. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). b. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas

échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 7. 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).> Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2

RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de 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).

9. 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).

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).

10. En l'espèce, l'intimé considère, sur la base des avis du SMR des 3 août 2016 et 7 mars 2017, que la capacité de travail du recourant a été considérablement restreinte dans toute activité suite à sa chute du 13 mars 2015 et qu'il a présenté un degré d'invalidité total à l'échéance du délai de carence d'une année, de sorte qu'il lui a octroyé une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2016. L'intimé a cependant estimé qu'après un délai de convalescence de trois mois suite à la dernière intervention, soit dès le mois de mai 2016, la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'il a supprimé son droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> août 2016.

Le recourant réfute cette appréciation et fait valoir qu'aucun des médecins consultés n'a retenu une entière capacité de travail, et ce quel que soit le métier envisagé. Il reproche au SMR de s'être distancé des conclusions de la CRR et des Drs B\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, sans justification.

11. a. En ce qui concerne les atteintes présentées par le recourant au niveau du genou droit, il ressort des pièces que les examens effectués après la chute du 13 mars 2015 ont révélé une entorse avec une lésion du ligament latéral interne et une lésion du ménisque interne (cf. rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 8 mai 2015). Les suites de l'intervention du 29 mai 2015 ont été marquées par la persistance des douleurs, une bursite réactionnelle sur le matériel de fixation chirurgicale, une hypoesthésie, une gonarthrose post-traumatique et

une algoneurodystrophie (cf. rapports du Dr B\_\_\_\_\_ du 5 août 2015, du Dr C\_\_\_\_\_ du 15 décembre 2015 et de la CRR du 16 juin 2016). L'ablation des deux agrafes réalisée le 20 janvier 2016 a entraîné une amélioration fonctionnelle et le recourant a bénéficié d'un traitement pour l'algoneurodystrophie. Le pronostic demeurait cependant réservé compte tenu de la gonarthrose (cf. rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 13 février 2016). L'évolution a été lentement favorable, mais le recourant a continué à présenter des gonalgies (cf. rapport du Dr D\_\_\_\_\_ reçu par l'intimé le 27 janvier 2016). Au mois de mai 2016, une chondrocalcinose du ménisque externe a été mise en évidence (cf. rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 9 mai 2016). À l'issue du séjour à la CRR le 31 mai 2016, ont en particulier été diagnostiquées des gonalgies, une méniscopathie dégénérative interne et une chondrocalcinose du ménisque externe (cf. rapport de la CRR du 16 juin 2016). Le médecin traitant du recourant a estimé que l'état de son patient était stationnaire depuis son retour de la CRR (cf. rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 10 juin 2016).

b. En ce qui concerne la colonne lombaire, l'IRM réalisée le 21 septembre 2015 a permis de conclure à une dégénérescence discale L4-L5 et L5-S1, à une hernie discale sous-ligamentaire L4-L5 de localisation médiane et paramédiane gauche en conflit discret avec la racine L5 gauche, à une protrusion discale L5-S1 sans contrainte radiculaire et à des infiltrations lipidiques au sein des vertèbres lombaires et à la hauteur du sacrum (cf. rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 21 septembre 2015). Le médecin traitant a ainsi retenu les diagnostics de hernie discale et de lombalgies chroniques basses de L3 à L5 et de L5 à S1 (cf. rapport du Dr D\_\_\_\_\_ reçu par l'intimé le 27 janvier 2016) et la CRR a signalé une hernie discale L4-L5, avec une irritation de la racine L5 gauche (cf. rapport de la CRR du 16 juin 2016).

c. La chambre de céans relève que ces constatations et diagnostics ne sont pas remis en cause par les parties et que le SMR s'est clairement référé aux contenus des rapports produits dans le cadre de la présente procédure. Par conséquent, l'avis du Dr E\_\_\_\_\_ quant aux atteintes présentées par le recourant n'est pas contestable.

12. a. S'agissant des limitations fonctionnelles découlant des atteintes au genou droit, le Dr B\_\_\_\_\_ a mentionné que le recourant ne pouvait pas effectuer des activités impliquant la station debout prolongée, la marche, les positions accroupie et à genoux, la montée d'échelles ou d'échafaudages. En outre, la montée d'escaliers devait être restreinte (cf. rapport du 5 août 2015). Le Dr D\_\_\_\_\_ a considéré que les flexions, extensions et rotations du genou droit devaient être évitées, tout comme le port de charge de plus de 5 kg (cf. rapport reçu par l'intimé le 27 janvier 2016 et rapport du 10 juin 2016). Quant aux médecins de la CRR, ils ont retenu des restrictions en lien avec le port de charges de plus de 10 kg, ainsi que le travail sollicitant principalement les membres inférieurs, soit le travail en terrain irrégulier, en appui sur les genoux ou accroupi, les déplacements à pied sur de très longues distances.

Le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué, dans son avis du 3 août 2016, que les limitations fonctionnelles comprenaient les flexions, extensions et rotations du genou droit, ainsi que le port de charges excédant 5 kg et les mouvements en porte-à-faux lombaire. Dans son avis subséquent du 7 mars 2017, il a maintenu ces conclusions et signalé les contre-indications retenues par la CRR. La chambre de céans constate ainsi que le SMR n'a pas fait état des contre-indications signalées par le Dr B\_\_\_\_\_ en août 2015, dont certaines n'ont été retenues ni par le Dr D\_\_\_\_\_ ni par la CRR, à savoir les limitations relatives à la montée et la descente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, ainsi que la station debout prolongée et la marche. Il sied toutefois de rappeler à cet égard que le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ est antérieur à l'intervention du 20 janvier 2016 et au séjour à la CRR, lesquels ont permis une amélioration de l'état de santé du recourant. Cela étant, les restrictions signalées par le Dr

B\_\_\_\_\_ peuvent être considérées comme englobées dans la limitation générale d'un travail sollicitant « principalement les membres inférieurs », à tout le moins lorsque les mouvements prohibés sont répétitifs. En ce qui concerne la divergence d'appréciation entre le médecin traitant et les spécialistes de la CRR quant à la limite maximale du port de charges, divergence sur laquelle le SMR ne s'est pas prononcé, il est observé que les conclusions de la CRR sont fondées sur les tests fonctionnels à la sortie, dont le PILE Test, test dynamique servant à évaluer l'endurance à l'effort, la capacité physique et la performance fonctionnelle. Lors de son entrée à la CRR, le recourant était en mesure de soulever 2.5 kg, alors que cette capacité est passée à 12.5 kg à la sortie. Dans ces conditions, l'appréciation de la CRR, au demeurant émise à l'issue d'une hospitalisation durant laquelle le recourant a pu bénéficier de séances de physiothérapie et d'ergothérapie, emporte la conviction de la chambre de céans.

b. Le médecin traitant du recourant n'a signalé aucune restriction en lien avec les atteintes lombaires et a clairement précisé que les diagnostics de hernie discale et de lombalgies chroniques basses de L3 à L5 et de L5 à S1 n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Il n'a pas non plus fait état d'une quelconque diminution de rendement liée à ces pathologies, contrairement à ce qu'il a retenu pour l'impotence fonctionnelle du genou droit (cf. rapport du Dr D\_\_\_\_\_ reçu par l'intimé le 27 janvier 2016). Il ressort ainsi du dossier de la cause que seules les lésions présentées par le recourant au niveau du genou droit engendrent des limitations fonctionnelles et des répercussions sur la capacité de travail, de sorte que l'intimé pouvait se baser, d'une part, sur les rapports qui lui avaient déjà été adressés par les médecins traitants et, d'autre part, sur le dossier communiqué par l'assureur-accidents. Que ce dernier ait limité son examen aux seuls troubles du genou droit est donc sans conséquence et rien ne justifiait que l'intimé instruisse davantage sur les atteintes lombaires, lesquelles n'étaient pas considérées comme incapacitantes par le médecin traitant du recourant. On relèvera encore à toutes fins utiles que le SMR a tout de même retenu une restriction relative au porte-à-faux lombaire, limitation fonctionnelle qui n'a pas été mentionnée par les médecins du recourant.

c. Partant, les conclusions du SMR, lequel a indiqué que les limitations fonctionnelles énumérées par le Dr D\_\_\_\_\_ et la CRR devaient être respectées, n'apparaissent pas critiquables, étant toutefois précisé que la limite du port de charge évoquée par la CRR doit être retenue.

13. a. S'agissant de la capacité de travail, il n'est ni contesté ni contestable que les atteintes présentées par le recourant au niveau du genou droit entraînent une totale incapacité de travail dans son activité habituelle de magasinier-cariste, laquelle implique notamment le port de charges pouvant aller jusqu'à 20 kg et de bons appuis au sol.

b. Quant à la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, il est rappelé que le Dr B\_\_\_\_\_ a considéré dans un premier temps qu'une reprise à 50% dans un poste en position assise pourrait, selon l'évolution, être attendue à partir du mois de septembre 2015 et qu'une telle activité adaptée devrait être possible, à terme, à 100% (cf. rapport du 5 août 2015). Compte tenu toutefois de l'état inflammatoire lié à un conflit mécanique, l'incapacité totale de travail dans toute activité s'est prolongée (cf. rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 15 décembre 2015). Suite à l'intervention du 20 janvier 2016, le Dr D\_\_\_\_\_ a estimé que l'évolution était lentement favorable, que l'incapacité de travail était totale jusqu'au mois d'avril 2016 et qu'un recouvrement de la capacité de travail serait possible à partir du mois de mai 2016, selon l'évolution, sans apporter de précision quant au taux d'activité (cf. rapport reçu par l'intimé le 27 janvier 2016). En février 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ a fait état d'une amélioration fonctionnelle après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, mais le pronostic demeurait réservé compte tenu de la gonarthrose et le

recourant était sous traitement pour une algoneurodystrophie. Ce médecin a fixé la reprise du travail à 50% pour le mois d'avril ou mai 2016, en n'apportant aucune justification quant aux raisons de ce temps partiel et en ne mentionnant pas s'il était susceptible d'être augmenté par la suite à 100%, comme retenu dans sa précédente évaluation (cf. rapport du 13 février 2016). Du 4 au 31 mai 2016, le recourant a séjourné à la CRR, où ont été attestées une incapacité de travail de 100% dans la profession habituelle du 31 mai au 30 juin 2016, puis une reprise progressive dans un poste adapté à 50% pour un mois à réévaluer. Les différents rapports émis par la CRR ne contiennent aucune argumentation permettant d'expliquer la poursuite d'une incapacité totale de travail jusqu'au 30 juin 2016, ni la capacité de travail partielle dans un poste adapté, ce d'autant plus que ces documents attestent des progrès réalisés par le recourant durant son hospitalisation. En réalité, les conclusions selon lesquelles le recourant pourrait reprendre « progressivement » après le 30 juin 2016 un travail à 50%, à réévaluer (cf. rapports de la CRR du 16 juin 2016) semblent résulter du déconditionnement signalé dans le rapport de la consultation orthopédique (cf. rapport du 31 mai 2016). Enfin, le Dr D\_\_\_\_\_ a considéré qu'une reprise dans une activité adaptée pourrait être envisagée à partir du début du mois de septembre 2016, en fonction de l'évolution, à nouveau sans faire état de restriction quant au taux d'activité ni indiquer pour quels motifs une reprise ne serait pas envisageable plus tôt (cf. rapport du 10 juin 2016). c. La chambre de céans constate ainsi, tout comme le SMR, que ces divers documents ne contiennent aucun élément permettant de justifier une incapacité de travail dans un poste strictement adapté aux limitations fonctionnelles du recourant. Elle soulignera une nouvelle fois que le Dr D\_\_\_\_\_, médecin traitant, a clairement indiqué à l'intimé que seules les pathologies du genou droit avaient des répercussions sur la capacité de travail du recourant, de sorte que rien ne semble s'opposer à l'exercice à temps complet d'une activité adaptée aux restrictions retenues. Les conclusions du SMR à cet égard peuvent donc être confirmées et l'intimé était fondé à procéder à la révision de la rente accordée à titre rétroactif. Cependant, concernant le moment de ladite révision, la chambre de céans observera que le Dr E\_\_\_\_\_ a fixé, dans son avis du 3 août 2016 confirmé le 7 mars 2017, le début de l'aptitude à la réadaptation au terme d'un délai de trois mois après l'intervention du 20 janvier 2016, soit au début du mois de mai 2016, sans livrer la moindre motivation à l'appui de ses conclusions. Certes, cette date est partiellement corroborée par d'autres pièces du dossier, notamment par le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ reçu par l'intimé le 27 janvier 2016 et le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 13 février 2016, mais le recourant a séjourné à la CRR du 4 au 31 mai 2016 et ne disposait par conséquent pas d'une quelconque capacité de travail résiduelle durant cet intervalle, ce que le SMR a omis de prendre en considération. Pour la période postérieure, aucun indice ne permet de retenir que le recourant n'aurait pas été en mesure de travailler immédiatement dans une activité respectant les limitations fonctionnelles découlant de ses atteintes au genou droit. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> juin 2016, de sorte que c'est à partir de cette date qu'est survenue une modification notable du taux d'invalidité. 14. Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité du recourant, étant relevé que ce dernier ne conteste pas le calcul opéré par l'intimé. 15. a. 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. Selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la

rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. b. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174 ). c. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'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). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010

consid. 7.5). 16. En l'occurrence, le salaire sans invalidité a été fixé à CHF 64'610.-, montant correspondant aux informations communiquées par l'employeur pour l'année 2015. Compte tenu toutefois du fait que l'intimé a procédé à la révision de la rente en 2016, année de l'amélioration de la capacité de gain du recourant, il convient de se placer en 2016 pour procéder à la comparaison des revenus. Le revenu de valide doit donc être indexé selon l'évolution des salaires nominaux pour les hommes, ce qui donne un salaire de valide de CHF 64'987.30 (CHF 64'610 x 2239 / 2226).!endif]>!if> S'agissant du revenu avec invalidité, le recourant n'exerçant pas d'activité adaptée, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé au salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (ESS 2014, TA1\_tirage\_skill\_level, homme, domaine d'activité total, niveau 1), soit CHF 63'744.- (CHF 5'312.- x 12). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2016 (41.7 heures ; Heures normales selon la statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, publié par l'Office fédéral de la statistique), ce montant doit être porté à CHF 66'453.10 (CHF 63'744.- x 41.7 / 40) et à CHF 67'021.85 après indexation à 2016 (CHF 66'453.10 x 2239/2220). L'intimé a tenu compte d'une réduction de 10% en raison des limitations fonctionnelles. La chambre de céans relèvera à cet égard qu'elle ne saurait s'écarter du taux reconnu par l'intimé, étant rappelé que le recourant est de nationalité suisse et au bénéfice d'une capacité résiduelle de travail totale. Ainsi, le salaire d'invalidité est fixé à CHF 60'319.65.- après calcul de l'abattement de 10%. La perte de gain s'élève donc à CHF 4'667.65, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 7.74%, arrondi à 8%, degré insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. 17. Par conséquent, l'intimé était fondé à supprimer le droit à la rente du recourant. !endif]>!if> La chambre de céans relèvera cependant que cette suppression ne pouvait intervenir qu'à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2016, eu égard au fait que la capacité de gain du recourant s'est améliorée à partir du 1<sup>er</sup> juin 2016. 18. Reste à se prononcer sur le droit à des éventuelles mesures d'ordre professionnel.!endif]>!if> 19. a. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).!endif]>!if> b. Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATF non publié I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être

déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1). Il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). 20. En l'espèce, le recourant ne peut certes plus travailler en qualité de magasinier-cariste, mais ses limitations fonctionnelles sont compatibles avec un travail à plein temps dans toute activité assise. Il y a lieu de considérer qu'un marché équilibré du travail offre un nombre significatif d'activités réalisées en position assise et qui sont accessibles sans aucune formation particulière. On peut à cet égard citer pour exemple des tâches simples de vidéo-protection, de vérification, de contrôle, ainsi que divers métiers dans le secteur de la production, pour lesquelles une simple mise au courant suffit. Des mesures de réadaptation ne sont ni nécessaires ni appropriées à la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle du recourant. 21. En outre, on relèvera que, bien qu'il recoure contre la décision de l'intimé dans son ensemble, le recourant ne conclut pas à l'octroi de telles mesures. Il requiert exclusivement le maintien de la rente accordée avec effet rétroactif. En réalité, s'il conteste la décision litigieuse, ce n'est pas pour bénéficier de moyens particuliers pouvant contribuer à améliorer sa capacité de gain, mais uniquement car il ne se considère pas apte à reprendre une activité professionnelle. Or, le but des mesures de réadaptation n'est pas de se substituer à un emploi et les assurés n'ont pas un droit inconditionnel à en obtenir. Il sera enfin rappelé que le recourant a expressément déclaré à une collaboratrice de l'intimé qu'il songeait à prendre une retraite anticipée vers l'âge de 60-62 ans et qu'il était âgé de presque 60 ans au moment de la décision litigieuse, de sorte que la durée restante probable de sa vie professionnelle était courte. Partant, la décision de l'intimé peut également être confirmée en ce sens qu'elle refuse au recourant l'octroi de mesures d'ordre professionnel. 21. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 25 avril 2017 réformée. Il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 août 2016. 22. Le recourant obtenant partiellement gain de cause et ayant été représenté par un avocat au moment du dépôt du recours, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 23. Étant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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