

GE_GERICHTE A/3480/2017 vom 25. März 2019

GE Cour de justice, 2019-03-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3480_2017

FR: GE_GERICHTE A/3480/2017 du 25 mars 2019

IT: GE_GERICHTE A/3480/2017 del 25 marzo 2019

Erwägungen

E. 10

mai 2017 que le recourant estimait ne pas pouvoir exercer une quelconque activité, ne serait-ce que se soumettre à une mesure d'orientation professionnelle.![endif]>![if> 25. Le 11 octobre 2017, le recourant a répliqué en soutenant qu'il incombait également aux experts d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée était incapable de travailler. Dans le cas concret, il était dès lors de leur devoir et compétence d'indiquer qu'il n'existait pas d'activité adaptée pour le recourant. Quant à la comparaison entre médecins et spécialistes de l'orientation professionnelle à laquelle se livrait l'intimé, elle était sans pertinence puisque ces derniers ne s'occupaient de la réinsertion professionnelle qu'une fois la capacité de travail établie par les experts. ![endif]>![if> 26. Entendu à l'audience de comparution personnelle des parties du 11 septembre 2018, le recourant a déclaré qu'il se sentait toujours très faible dans ses jambes, comme c'était le cas depuis 2014, sinon déjà depuis 2010. Il avait également des faiblesses dans le bras gauche et des problèmes de dos, en particulier dans la zone lombaire. Cela n'était pas le cas en permanence mais survenait parfois. Il avait subi, le 18 octobre 2017, une intervention de chirurgie bariatrique à la suite de laquelle il avait perdu 55 kg. Cette opération lui avait permis de se passer de son déambulateur et de sa canne après un mois. S'agissant de ses problèmes de dos, un médecin du CHUV lui avait fixé un rendez-vous au 12 septembre 2018 pour procéder à une infiltration. En cas d'échec de celle-ci, la question d'une opération du canal étroit serait étudiée, en recourant au besoin à une solution d'autotransfusion ou de circuit externe (hémodialyse) pour être en accord avec sa conscience (témoin de Jéhovah). S'agissant de la reprise d'une éventuelle activité professionnelle, il n'avait pas entrepris de recherches à ce stade car il restait dans l'attente des résultats de la prochaine infiltration pratiquée au CHUV et de l'issue de son litige avec l'intimé. ![endif]>![if> 27. Par duplique du 24 octobre 2018, l'intimé a modifié ses conclusions en proposant de reconnaître au recourant le droit à une rente entière d'invalidité du 8 mars 2015 au 31 juillet 2018 mais en les maintenant pour le surplus, référence étant faite à l'avis SMR du 8 octobre 2018 de la docteure N_____. Après réexamen de toutes les pièces versées au dossier, ce médecin estimait que la capacité de travail dans une activité adaptée demeurerait entière avec une baisse de rendement de 30 % mais que la date de début de l'aptitude à la réadaptation devait être corrigée à avril 2018 (à la place d'avril 2014), six mois après l'intervention de chirurgie bariatrique du 18 octobre 2017. ![endif]>![if> 28. Le 13 novembre 2018, le recourant s'est dit partiellement d'accord avec la proposition de l'intimé, en ce sens que pour la période postérieure au 31 juillet 2018, il convenait de tenir compte non seulement de la baisse de rendement de 30 % mais aussi d'un abattement complémentaire dès lors que le recourant était âgé à ce jour de 57 ans, qu'il avait toujours travaillé dans le bâtiment, qu'il était ressortissant portugais au bénéfice d'un permis C mais s'exprimait cependant très mal en français. Par conséquent, c'était même d'une réduction

supplémentaire de 20 % qu'il fallait tenir compte, ouvrant ainsi le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2018. 29. Le 29 novembre 2018, l'intimé a soutenu qu'un abattement n'avait pas lieu d'être dans le cas d'espèce. Il était vrai que lors de la première demande, la capacité de travail du recourant avait été fixée à 100 % dans une activité adaptée (rendement plein). Ainsi, un abattement de 10 % avait été retenu en raison des limitations fonctionnelles. En l'état, suite à la révision, la capacité de travail avait été fixée à 100 % mais avec une baisse de rendement de 30 % due précisément aux limitations fonctionnelles, raison pour laquelle il n'y avait pas lieu d'en tenir compte deux fois. Pour le reste, les autres facteurs d'abattement n'entraient pas en considération pour le recourant. 30. Le 18 décembre 2018, le recourant a informé la chambre de ceans qu'il avait subi, le 11 décembre 2018, l'opération du dos évoquée à l'audience du 11 septembre 2018. Au vu de l'importante évolution intervenue sur le plan médical depuis le 26 juin 2017, date de la décision litigieuse, il se justifiait d'annuler ladite décision et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire pour la période postérieure au 26 juin 2017. 31. Le 11 janvier 2019, l'intimé s'est opposé au renvoi du dossier pour instruction complémentaire, motif pris que les arguments soulevés par le recourant concernant une éventuelle aggravation de son état de santé après la décision litigieuse devaient faire l'objet d'une procédure distincte à l'issue de laquelle une nouvelle décision administrative serait prise. 32. Le 17 janvier 2019, la chambre de ceans a informé les parties que la cause était 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Déposé le 24 août 2017 contre la décision litigieuse du 26 juin 2017, reçue au plus tôt le lendemain, le recours a été interjeté en temps utile, étant relevé que le délai de recours était suspendu du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA ; art. 11 let. b LPFC ; art. 43B let. b LPCC). Le recours satisfait, en outre, aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA. Il sera donc déclaré recevable. 4. Il convient de déterminer préalablement l'objet du litige. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid.

5). Selon l'art. 53 al. 3 LPGA, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (reconsidération pendente lite). En l'occurrence, c'est après le premier échange d'écritures que l'intimée a considéré qu'il convenait de reporter le début de l'aptitude à la réadaptation du recourant au mois d'avril 2018 – en lieu et place d'avril 2014 dans la décision litigieuse – et qu'ainsi, le recourant avait droit à une rente entière d'invalidité du 8 mars 2015 au 31 juillet 2018. Ainsi, la voie de la reconsidération n'était plus ouverte et la nouvelle position de l'intimée, exprimée le 24 octobre 2018, doit être considérée comme une simple proposition faite au juge (ATF 109 V 234 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_159/2007 du 3 octobre 2007, consid. 2 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015, n. 77 ad art. 53 LPGA). Aux termes de l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal cantonal des assurances n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder à ce dernier plus qu'il n'avait demandé ; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. Ceci étant précisé, le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité et, dans l'affirmative, au maintien de cette prestation au-delà du 31 juillet 2018. 5. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.!

!

L'art. 17 al. 1 LPGA vise la situation dans laquelle une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur. Dans ce cas, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de cette disposition (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b). 6. a. En vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits.!

!

b. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V108 ; ATF 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas modifié les principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). c. 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). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17

LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 7. La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_92/2016 du 29 juin 2016 consid. 5.1 et la référence). Le point de savoir si les critères de la durée de quinze années d'allocation de la rente ou de l'accomplissement de la cinquante-cinquième année sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestations a été supprimée (ATF 141 V 5 consid. 4). Ces critères ne sont en revanche pas applicables lors de l'octroi initial d'une rente, peu importe qu'il s'agisse d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_324/2017 du 6 juillet 2017 consid. 4.3 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, p. 496, n. 8 ad art. 31 LAI). 8. a. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). b. Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif –, la date de la modification étant déterminée conformément à

l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 consid. 4.1 et les références). En revanche, l'art. 88 bis RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2 et les références; voir aussi le ch. 4018 de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], valable à partir du 1^{er} janvier 2013). 9. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 10. 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 et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 11. En vertu des 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. 12. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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. b. 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. b/aa. 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). b/bb. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). b/cc. 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). 13. a. 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> b. 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). 14. En l'espèce, pour déterminer s'il y a eu une modification notable du degré d'invalidité de la recourante, il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait au moment de la décision litigieuse, soit le 26 juin 2017, avec les circonstances qui prévalaient au moment de la décision du 14 novembre 2012. > a. Il ressort de l'instruction menée par l'intimé en amont de la décision du 14 novembre 2012 que même si le recourant était atteint d'une polyradiculonévrite avec douleurs neurogènes dans les membres inférieurs, d'un canal lombaire étroit constitutionnel avec lombalgies ainsi que d'un SAS sévère, il se justifiait, une fois ce syndrome traité avec succès en mai 2011, de reconnaître, dès juin 2011, une capacité de travail entière dans une activité privilégiant un travail semi-sédentaire sans port de charges ni position statique ou en porte-à-faux du rachis et ne requérant pas non plus la conduite d'un véhicule. b. Suite à la nouvelle demande de prestations formée le 8 septembre 2014, l'intimé a retenu, à l'appui de sa décision du 26 juin 2017 – qui était fondée sur l'avis du SMR du 21 mars 2017 – que l'état de santé du recourant s'était certes aggravé depuis la décision de refus de prestations du 14 novembre 2012, en ce sens qu'elle justifiait, dès avril 2014, en raison de douleurs neurogènes et de troubles de la vigilance, une diminution de rendement de 30 % dans une activité à plein temps de préférence légère et sédentaire, permettant une alternance des positions, sans port de charges ni porte-à-faux du rachis, ni position statique prolongée, ni conduite automobile, ni travail nécessitant une attention soutenue. En d'autres termes, bien que le SMR ait fait siens les diagnostics incapacitants (lombo-sciatalgies bilatérales, à prédominance L5-S1 gauche avec claudication neurogène des membres inférieurs sur un canal lombaire étroit étagé dégénératif ; troubles du sommeil associés à une condition médicale défavorable) et sans influence sur la capacité de travail retenus par les experts de la CRR, il n'a pas suivi les conclusions de ces derniers pour autant, motif pris que les experts, en indiquant qu'ils ne voyaient pas vers quelle activité le recourant pourrait se diriger, auraient empiété sur les compétences des spécialistes en réadaptation chargés de la réinsertion professionnelle. c. Fondée sur l'ensemble du dossier, retraçant une anamnèse fouillée et tenant compte des plaintes du recourant, cette expertise comporte un status objectif détaillé et nuancé et des indications précises sur les modifications de l'état de santé qui se sont produites depuis la décision initiale du 14 novembre 2012 et ont conduit à une atteinte significative à la santé physique du recourant, permettant aux experts de conclure, de façon motivée et convaincante, à un état de santé non stabilisé et à une incapacité de travail totale tant que les interventions de chirurgie bariatrique et du canal lombaire étroit (dans lesquelles les experts de la CRR voyaient un potentiel de récupération et une amélioration significative du pronostic fonctionnel) n'auraient pas été pratiquées. Dans ces circonstances, et quoi qu'en dise le SMR dans son avis du 21 mars 2017, le fait que les experts ne voient pas vers quelle activité le recourant pourrait se diriger équivaut simplement à porter un jugement sur son état de santé et à indiquer les motifs pour lesquels une quelconque capacité de travail ne

saurait être retenue en l'état, ce qui n'outrepasse en rien le rôle attendu d'un expert médical (cf. ci-dessus : consid. 12). En conséquence, l'avis précité n'est pas de nature à remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise de la CRR du 13 février 2017. Par conséquent, la chambre de céans considérera qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé du recourant s'est aggravé en avril 2014, entraînant, depuis lors, une incapacité de travail complète dans toute activité. Le recourant n'ayant subi les interventions de chirurgie bariatrique et du dos que le 18 octobre 2017, respectivement le 11 décembre 2018, c'est à tort que la décision litigieuse est partie du principe qu'il existait, dès avril 2014, dans une activité adaptée, une capacité de travail entière assortie d'une baisse de rendement de 30 %. d. Par duplique du 24 octobre 2018, l'intimé a modifié ses conclusions en proposant de reconnaître au recourant le droit à une rente entière d'invalidité du 8 mars 2015 au 31 juillet 2018, compte tenu d'une aptitude à la réadaptation reportée à avril 2018 (en lieu et place d'avril 2014), soit six mois après l'intervention chirurgicale du 18 octobre 2017. En revanche, à compter du 1^{er} août 2018, il convenait de s'en tenir à l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à plein temps avec une baisse de rendement de 30 %, référence étant faite à l'avis SMR du 8 octobre 2018 de la Dresse N____. Au regard des explications fournies par les experts de la CRR à l'appui de leurs conclusions – en particulier des interventions chirurgicales dont ils escomptaient une amélioration significative du pronostic fonctionnel –, mais aussi de l'évolution favorable de l'état de santé du recourant depuis le 18 octobre 2017, rapportée à l'audience de comparution personnelle des parties du 11 septembre 2018, la chambre de céans est d'avis qu'il y a lieu de se fonder sur les conclusions motivées du SMR, dans leur teneur modifiée au 8 octobre 2018, d'autant qu'elles ne sont ni contestées par le recourant ni remises en cause par un avis médical dissident qui pourrait également se voir reconnaître valeur probante. Il convient ainsi, sur proposition de l'intimé, de tenir compte des faits survenus postérieurement à la décision litigieuse, soit jusqu'au mois d'avril 2018 et, partant, de considérer en application de l'art. 88a al. 1 RAI que le recourant disposait, dès août 2018, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, assortie d'une diminution de rendement de 30 %. Pour le reste, il n'est pas contesté – et n'apparaît pas contestable – que dans la mesure où le recourant n'a déposé sa nouvelle demande de prestations que le 8 septembre 2014, le droit à une rente entière d'invalidité ne pouvait naître qu'à compter du 8 mars 2015, soit à l'échéance d'une période de six mois (art. 29 al. 1 LAI) mais qu'au vu de l'évolution favorable survenue depuis le 18 octobre 2017, il ne pouvait se maintenir au-delà du 31 juillet 2018. 15. Reste à déterminer si comme il le soutient, le recourant pourrait prétendre en sus à l'allocation d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2018. Pour ce faire, il convient de déterminer le degré d'invalidité en procédant à une comparaison des revenus tenant compte des modifications – susceptibles d'influencer le droit à la rente – que ceux-ci ont connues jusqu'à la date de la décision (cf. ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174), soit, dans le cas particulier, jusqu'au 24 octobre 2018, date de la modification des conclusions de l'intimé sur la base de faits postérieurs à la décision. En tant qu'elle concerne la modification des revenus, la prise en compte de l'évolution intervenue jusqu'en 2018 se heurte cependant à une difficulté d'ordre pratique au moment de la rédaction du présent arrêt, à savoir l'absence de statistiques relatives notamment à l'indexation des salaires en 2018, raison pour laquelle la chambre de céans s'en tiendra à l'évolution des revenus jusqu'en 2017, année de la décision litigieuse (cf. ci-après : consid. 16b).

16. a. 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'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). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). 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).

b. En l'espèce, le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle depuis le 31 mai 2011, date à laquelle son contrat de travail a pris fin. Aussi convient-il de déterminer le revenu d'invalidité en se référant à l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2014), plus précisément au tableau TA1, tirage skill-level, secteur privé, ligne « total ». Il en ressort qu'un homme exerçant à plein temps une activité de niveau 1 peut réaliser un revenu de CHF 5'312.- par mois (CHF 63'744.- par année). Étant donné que les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de quarante heures, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2017 (41.7 heures par semaine ; Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 66'453.- ($63'744 \times 41.7 / 40$) puis à CHF 67'321.-, une fois indexé à 2017 selon l'évolution des salaires nominaux (ISS en 2014 : 2'220, et 2017 : 2'249 ; soit $66'453 \times 2'249 / 2'220$). Compte tenu du taux d'activité médicalement exigible de 100 % et de la diminution de rendement de 30 %, le revenu annuel brut avec invalidité s'élève à CHF 47'125.- (soit $67'321 \times 70 / 100$).

c. Le recourant fait valoir qu'il y aurait lieu de tenir compte, en outre, d'un abattement de 10 voire 20 %, dès lors qu'il est âgé de 57 ans, a toujours travaillé dans le bâtiment, est ressortissant portugais au bénéfice d'un permis C mais s'exprime très mal en français. Il est vrai que le recourant demeure atteint dans sa santé au 1^{er} août 2018. Cependant, il ne saurait être question de tenir compte des limitations fonctionnelles qui en découlent une seconde fois (sous forme d'abattement) puisque le SMR en a tenu compte une première fois dans son avis du 8 octobre 2018 en retenant une diminution de rendement de 30 % (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_322/2015 du 16 juin 2015 consid. 3.2.2).

S'agissant du critère des années de service, le Tribunal fédéral considère que le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (voir par exemple l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5). Cette conclusion vaut également pour le niveau de formation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_427/2011 du 15 septembre 2011 consid. 5.2) et de maîtrise de la langue écrite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_17/2011 du 21 avril 2011 consid. 6.2), ces critères n'étant pas topiques pour des tâches physiques ou manuelles simples (niveau 1). Quant aux facteurs se

rapportant à la nationalité, à la catégorie d'autorisation de séjour ou au taux d'occupation, ils ne sont pas pertinents non plus. En effet, le recourant est titulaire d'un permis C (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_777/2015 du 12 mai 2016 consid. 5.3 et les références) et sa capacité de travail est entière à compter du 1^{er} août 2018. Enfin, le critère de l'âge ne constitue pas en soi un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a insisté sur ce point et affirmé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels telles la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné. Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi les arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10 % dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En l'espèce, le point de savoir s'il convient d'accorder un abattement de 10 % en raison de l'âge du recourant souffre de rester indécis, une telle réduction ne permettant pas de prétendre au maintien d'une rente d'invalidité – ne serait-ce qu'à concurrence d'un quart de rente – à compter du 1^{er} août 2018. En effet, même si l'on mettait le recourant au bénéfice d'une telle réduction, la comparaison entre le revenu d'invalidé ainsi réduit (CHF 42'413.-, soit CHF 47'125.- x 90 / 100) et le revenu sans invalidité indexé à 2017 selon l'évolution des salaires nominaux depuis 2010 (CHF 65'173.-, soit CHF 62'304.- x 2'249 / 2'150) aboutirait à une perte de gain de CHF 22'760.- correspondant à un degré d'invalidité de 34.9 %, soit : $(65'173 - 42'413) \times 100 / 65'173$. En conséquence, la décision litigieuse sera réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 8 mars 2015 au 31 juillet 2018. 17. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis au sens des considérants. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé. Représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPG et 89H al. 3 LPA). *****
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.