

## **GE\_GERICHTE A/3739/2012 vom 27. Mai 2013**

GE Cour de justice, 2013-05-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3739\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3739_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/3739/2012 du 27 mai 2013

IT: GE\_GERICHTE A/3739/2012 del 27 maggio 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

ème Chambre En la cause Monsieur G \_\_\_\_\_, domicilié à ONEX recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur G \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1972, travaillait comme maçon auprès de la société X \_\_\_\_\_ SA (ci-après l'employeur) depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1999.![endif]>![if> 2. A la suite d'un accident sur son lieu de travail, il est en incapacité de travail totale depuis le 16 novembre 2007. Il a subi quatre opérations de la jambe entre cette date et le 12 décembre 2007 aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG). Dans son compte-rendu opératoire, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une fracture comminutive du tiers proximal de la jambe droite, avec fracture Schatzker VI du plateau tibial droit, et un syndrome de loges.![endif]>![if> 3. Les suites de l'accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après la SUVA).![endif]>![if> 4. Le 29 février 2008, l'assuré a déposé une demande de mesures pour une réadaptation professionnelle auprès de l'assurance-invalidité. ![endif]>![if> 5. Dans son rapport du 24 juin 2008, le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que la situation n'était pas stabilisée. L'incapacité de travail totale était justifiée.![endif]>![if> 6. Dans un rapport du 27 septembre 2009, le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré était toujours totale.![endif]>![if> 7. Dans son rapport du 16 février 2009, le Dr M \_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'était pas imaginable que l'assuré reprenne son poste dans les métiers lourds du bâtiment. Un séjour dans la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR), dans l'optique d'une évaluation, était proposé.![endif]>![if> 8. Le 23 avril 2009, les Drs O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et P \_\_\_\_\_, médecin-assistant, auprès de la CRR, ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes: la position debout prolongée, la position à genoux, la marche en terrain instable, et les ports de charges lourdes répétitifs. ![endif]>![if> L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle, et une réadaptation s'imposait. Dans une activité adaptée, on pouvait espérer une pleine capacité de travail. 9. Le 28 mai 2009, le Dr M \_\_\_\_\_ a fait siennes les conclusions susmentionnées. ![endif]>![if> 10. Le 17 juillet 2009, la Dresse Q \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional Suisse romande (ci-après SMR), a relevé que l'état du recourant était stabilisé depuis février 2009, ainsi que le Dr R \_\_\_\_\_ l'avait mentionné suite à sa consultation du 2 février 2009.![endif]>![if> 11. L'assuré a effectué un stage d'orientation auprès des Etablissements publics pour l'intégration (ci-après EPI) du 16 novembre 2009 au 28 février 2010.![endif]>![if> 12. Dans un courrier du 8 décembre 2009, le Dr S \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a informé l'OAI qu'une

capacité de 50% avait été établie dès le 27 novembre 2009 afin de lui permettre de poursuivre les démarches de reconversion professionnelle.![endif]>![if> 13. Le 1<sup>er</sup> mars 2010, Monsieur H\_\_\_\_\_, maître de réadaptation auprès des EPI, a proposé les orientations suivantes: montage électromécanique léger, assemblage et soudage de cartes électroniques, montage, installation et test de PCs, et activité d'employé de bureau (après une formation en bureautique comprenant un cours intensif de français). ![endif]>![if> Il a également mentionné que l'assuré avait travaillé deux semaines à 100% et cinq semaines à 50%, indiquant "que sa mise à 50% était momentanée et concernait un problème de cicatrisation de sa jambe droite". 14. Dans un rapport du 31 mars 2010, le Dr S\_\_\_\_\_ a posé le nouveau diagnostic, sans effet sur la capacité de travail du recourant, d'arthralgies migrantes d'origine indéterminée. Dès le 1<sup>er</sup> mars 2010, cette même capacité était entière dans une activité adaptée.![endif]>![if> 15. Le 14 mai 2010, le Dr T\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de fracture ouverte de la jambe et du genou droit, ainsi que celui, sans effet sur cette même capacité, de fracture de la clavicule gauche. La fracture ouverte de la jambe droite avait consolidé avec un varus d'environ 4 degrés. Une ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après AMO) était suggérée. La clavicule gauche présentait une persistance de douleurs mécaniques inexplicables. Les restrictions physiques existantes consistaient dans des douleurs aux sollicitations en force du genou droit.![endif]>![if> Un à deux mois après l'AMO, l'assuré pourrait notamment travailler à plein temps, en position assise, dans différentes positions, en se penchant, dans une position exigeant des rotations en position assise et debout ou encore en soulevant/portant près et loin du corps, avec une limite de poids de 10 à 15 kilos. 16. Dans son avis du 25 mai 2010, la Dresse U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin auprès du SMR, a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était limitée à 50% dans une activité adaptée jusqu'à réception du rapport de l'AMO des HUG, début septembre 2010.![endif]>![if> 17. L'AMO a eu lieu le 28 juillet 2010.![endif]>![if> 18. Dans son rapport du 6 octobre 2010, le Dr S\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était globalement amélioré depuis le 29 avril 2009. Les limitations fonctionnelles observées étaient une boiterie du membre inférieur droit et des douleurs sur la station debout prolongée. Sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée.![endif]>![if> 19. Le 4 novembre 2010, le Dr V\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a mentionné que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et que l'évolution était favorable depuis l'AMO.![endif]>![if> 20. Le 22 novembre 2010, le Dr T\_\_\_\_\_ a précisé que suite à l'AMO, les douleurs liées à la plaque avaient disparu, mais que celles liées au pincement articulaire de type arthrosique persistaient et allaient probablement lentement s'aggraver. Des mesures de reclassement vers une profession peu physique, à postures alternées, pouvaient être désormais entreprises dans les meilleurs délais.![endif]>![if> Le même jour, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en l'absence de toute aggravation objective suite à l'AMO, il n'y avait aucun argument pour se distancer de ses conclusions de mai 2009. 21. L'assuré a bénéficié d'une mesure de reclassement sous la forme d'une formation d'assistant administratif auprès de l'institut SIGHT + SOUND du 10 janvier au 20 mai 2011, couvrant les matières suivantes: français (orthographe et grammaire) et français commercial, arithmétique, dactylographie, informatique, compétences de communication, comptabilité générale. Il a obtenu une attestation certifiante d'assistant administratif.![endif]>![if> 22. Dans un rapport du 24 janvier 2011, le Dr T\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il subsistait et allait subsister de manière définitive des

séquelles sérieuses sous forme de douleurs péri-articulaires de l'épaule gauche, ainsi que des douleurs chroniques et une limitation fonctionnelle du genou et de la jambe droite en raison de la survenue d'une arthrose post-traumatique du genou droit. Ces séquelles ne paraissaient pas susceptibles d'amélioration, mais plutôt, à moyen terme, d'aggravation. Des mesures de reclassement étaient indispensables. ![/endif]>![if> 23. L'assuré a bénéficié d'un stage de formation pratique de six mois dispensé par ADETRA SYNDICAT dès le 24 octobre 2011. Lors d'un entretien de bilan du 27 octobre 2010, le syndicat a indiqué que le stage ne pourrait être réalisé qu'à 50%, n'ayant pas assez de travail pour employer une personne à un taux d'activité supérieur. Au demeurant, l'assuré préférait lui aussi travailler à 50%.

![/endif]>![if> 24. Le 20 février 2012, le Dr W \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chef de clinique auprès des HUG, a indiqué que le patient se plaignait, depuis son accident de 2007, de douleurs à la clavicule de type électrique, déclenchées par les mouvements d'élévation et d'abduction, ainsi qu'une tuméfaction de la région en fin de journée de travail. Il a retenu le diagnostic probable de lésions des nerfs supra-claviculaires. Il ne retenait pas d'indication

chirurgicale. ![/endif]>![if> 25. Dans un rapport du 19 mars 2012, le Dr S \_\_\_\_\_ a indiqué que malgré l'AMO, son patient souffrait de symptômes invalidants (douleurs et fatigabilité) sur sa jambe droite lors des changements de temps, les marches soutenues, et la station debout prolongée. S'agissant de la clavicule, il a rappelé le contenu du rapport du Dr W \_\_\_\_\_.

Il a également relevé l'apparition d'un état dépressif secondaire faisant l'objet d'un traitement antidépresseur depuis le 26 janvier 2012 ainsi que des épisodes d'arthrites migrantes. ![/endif]>![if> Le dernier stage dans un poste de travail a priori léger avec des gestes de type bureautique avait occasionné des douleurs invalidantes de l'épaule gauche ainsi que des tendinopathies et, finalement, la capacité de travail pour ce poste n'avait jamais été de 100% mais de 50%. L'assuré présentait des séquelles physiques permanentes qui avaient un impact fonctionnel plus important que prévu, tant au niveau du membre inférieur droit que du membre supérieur gauche. A ce jour, il n'avait pas pu exercer une profession en stage à plus de 50% de capacité de travail.

26. Début mai 2012, à l'issue de ce stage, l'OAI a établi un rapport de réadaptation professionnelle concluant à un degré d'invalidité de 15% à l'issue de la mesure de reclassement. ![/endif]>![if> Par projet de décision du 16 mai 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il concluait qu'à l'issue du délai de carence, en novembre 2008, sa capacité de travail était nulle dans toute activité, mais qu'à partir de février 2009, elle était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle s'était ensuite dégradée en novembre 2009, durant le stage d'orientation professionnelle. De ce fait, sa capacité de travail résiduelle était de 50% entre l'issue de la mesure de réadaptation, en février 2010, et un délai de deux mois après l'AMO réalisée en juillet 2010. Il lui était octroyé une rente entière du 1<sup>er</sup> novembre 2008 au 30 avril 2009,

puis un trois quart de rente du 1<sup>er</sup> mars 2010 au 30 novembre 2010. 27. L'assuré a contesté les conclusions du rapport de réadaptation professionnelle de l'OAI par courrier du 18 mai 2012, rappelant que les Drs S \_\_\_\_\_ et T \_\_\_\_\_ avaient attesté du fait que sa capacité de travail, dans une activité adaptée, ne s'élevait qu'à 50%. ![/endif]>![if>

28. Dans un rapport du 10 juillet 2012, le Dr T \_\_\_\_\_ a relevé qu'en ce qui concernait les douleurs scapulo-humérales gauches, suites de la fracture claviculaire, le service de rhumatologie de la Clinique de Beau-Séjour avait diagnostiqué un syndrome de l'angulaire de l'omoplate, soit une contracture musculaire à la fois du trapèze et du releveur de l'omoplate, pathologie fréquente mais dans la règle bénigne, fluctuante mais curable. Le retentissement de cette douleur pouvait être important dans les activités de bureau, d'emploi

d'ordinateur, de manipulation de classeurs. Il ne pouvait toutefois affirmer que cette affection empêcherait la reprise d'une quelconque activité professionnelle. Le 24 août 2012, il a précisé que dans un travail de bureau, les séquelles au niveau du genou n'avaient pratiquement aucune répercussion. Il n'en allait toutefois pas de même des douleurs scapulo-humérales gauches. Habituellement, ces imperfections étaient sans conséquence après une période d'adaptation, mais ce n'était pas le cas chez l'assuré, pour lequel une incapacité de 50% apparaissait plausible. 29. Par décision du 17 septembre 2012, la SUVA a notamment informé le recourant qu'elle avait conclu à une diminution de la capacité de gain de 24%. 30. Le 6 novembre 2012, l'OAI a notifié à l'assuré une décision confirmant sa motivation préalable, tout en indiquant que l'affection médicale de l'assuré ne s'était pas aggravée de manière durable entre le stage d'orientation professionnelle mis en œuvre à fin 2009 et la fin du reclassement professionnel. Par conséquent, il était en mesure de reprendre l'exercice d'une activité lucrative à temps complet dans le domaine professionnel dans lequel il avait été reclassé. 31. L'assuré a recouru le 7 décembre 2012. Il a requis, préalablement, sa comparution personnelle, et a conclu à l'annulation de la décision du 6 novembre 2012 et au versement d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010. Subsidiairement, il a requis l'audition du Dr S\_\_\_\_\_ et, le cas échéant, une expertise médicale visant à évaluer la gravité et l'incidence de son atteinte fonctionnelle à sa clavicule et son épaule gauches. Il a souligné que l'OAI n'avait pas tenu compte des avis médicaux récents unanimes sur sa capacité de travail résiduelle limitée à 50%. Par ailleurs, le salaire annuel d'invalidé retenu par l'OAI semblait très élevé au regard de la formation, des compétences et de son expérience dans le domaine administratif. De ce fait, et en tenant compte d'une capacité de travail de 50%, il avait droit au versement d'un trois-quarts de rente au-delà du 30 novembre 2010. L'intimé a conclu au rejet du recours, rappelant les divers documents, outre le rapport du 28 mai 2009 du Dr M\_\_\_\_\_, appuyant son appréciation de la capacité de travail du recourant. S'agissant du Dr S\_\_\_\_\_, il ne faisait que substituer sa propre évaluation à celle des spécialistes ayant examiné le recourant, sans amener d'éléments objectifs permettant de faire douter des conclusions de ces derniers. Par ailleurs, il avait lui-même conclu, en 2010, de même que le Dr T\_\_\_\_\_, à une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Quant au revenu d'invalidé, le recourant n'avait pas motivé le montant retenu par ses soins. 32. Dans sa réplique, le recourant a persisté dans ses conclusions. Seuls les Drs T\_\_\_\_\_, S\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_ s'étaient prononcés objectivement sur sa capacité de travail actuelle. Par ailleurs, l'intimé ne pouvait pas comparer sa formation, qui avait duré seulement cinq mois, à une formation administrative, de type assistant de direction, qui dure en moyenne deux à trois ans. De plus, malgré cette formation, il était au chômage et ne trouvait aucun emploi malgré des postulations régulières. 33. Dans sa duplique, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a souligné que les documents médicaux produits dans le cadre de la réplique du recourant n'apportaient aucun élément nouveau dont il n'aurait pas tenu compte dans son appréciation. Par ailleurs, contrairement à ce qui avait été affirmé par le recourant, la jurisprudence prévoyait de se référer aux TA1 et TA7, mais pas au T1. 34. Par courrier du 12 mars 2013, les parties ont été informées que la cause avait été gardée à juger. 35. Le 22 mai 2013, le recourant a adressé à la Cour une copie du certificat établi par le Dr S\_\_\_\_\_ le 20 mars 2013, qui le considérait en incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2012 en raison de l'état dépressif réactionnel induit par sa situation.

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable. Le courrier du recourant du 22 mai 2013 étant bien postérieur à la date à laquelle la cause a été gardée à juger, celui-ci n'est pas recevable. Par ailleurs, quand bien même il serait recevable, il n'est pas susceptible d'influer sur l'issue du litige.

2. Au vu des éléments au dossier, la Cour s'estime suffisamment renseignée pour trancher le litige, sans devoir ordonner d'autres actes d'instruction. Il ne sera ainsi pas procédé à l'audition du recourant et du Dr S \_\_\_\_\_, ni à une expertise.

3. A 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). En l'espèce, la décision litigieuse du 6 novembre 2012 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision), et le 1er janvier 2012, des modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a). Par conséquent, le droit à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4ème et 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 ; 130 V 329 ). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATF non publié 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. L'intimé a limité le droit du recourant à une rente entière du 1er novembre 2008 au 30 avril 2009 et à un trois-quarts de rente du 1er mars au 30 novembre 2010. Le recourant ne conteste ni l'octroi de la rente entière susmentionnée, ni le fait que son état de santé se soit amélioré à partir de février 2009 - ce qui a mené à la suppression de sa rente du 1er mai 2009 au 28 février 2010 -, ni l'octroi du trois-quarts de rente susmentionné. La Cour n'examinera donc pas ces points. En revanche, le recourant conclut au versement d'une rente entière dès le 1er décembre 2010. Dans le corps de son écriture, il expose cependant que son degré d'invalidité de 63% lui donne droit au versement d'un trois-quarts de rente au-delà du 30 novembre 2010. Le litige portera donc sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a limité le versement d'une rente au 30 novembre 2010, et dans l'hypothèse d'une réponse négative, quel serait le degré d'invalidité à retenir.

5. 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 ; 125 V 413 consid. 2d). 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 également 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 ; 113 V 273 consid. 1a). 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 et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATF non publié I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATF non publié I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA).

b) La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances, 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, 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).

d) Le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti

pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). e) 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 324 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 360 consid. 5b). Si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves est convaincu 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 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d). 6. En l'occurrence, il faut relever liminairement que la motivation de la décision querellée prête à confusion.

En effet, dans un premier temps, il est retenu que l'état de santé du recourant s'est aggravé de novembre 2009 à septembre 2010, date à laquelle il avait récupéré une pleine capacité de travail. Partant, il avait droit à un trois-quarts de rente de février à novembre 2010. Pourtant, quelques lignes plus loin, dans le chapitre intitulé "résultat de nos constatations suite à l'audition", l'intimé a conclu que l'affection médicale du recourant ne s'était pas aggravée de manière durable entre le stage d'orientation professionnelle (novembre 2009) et la fin de la mesure de reclassement professionnel (mai 2012). Il a donc indiqué avoir procédé au calcul du degré d'invalidité en tenant compte des salaires avec et sans invalidité en 2012, soit à l'issue de cette même mesure - raison pour laquelle il se fondait sur le revenu correspondant à une activité d'assistant administratif -, tout en se fondant sur l'année 2010 pour procéder à la comparaison des revenus. De son côté, le recourant n'a pas vraiment contesté que son état se soit amélioré en novembre 2010, mais a affirmé que selon les rapports de ses médecins datant de 2012, sa capacité de travail résiduelle ne s'élèverait qu'à 50%, ce qui lui donnerait droit à une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2010. Afin de trancher le litige, il convient donc de distinguer deux questions: (i) il faut déterminer, en premier lieu, si l'état de santé du recourant s'est effectivement amélioré de manière déterminante depuis le mois de septembre 2010, comme l'a retenu l'intimé; (ii) cela fait, il faudra examiner quelle a été son évolution entre ce moment et la décision litigieuse, et partant, si c'est à bon droit que l'intimé a conclu à l'absence d'aggravation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse. (i) Il ressort des éléments au dossier, notamment des rapports médicaux, que:

En mai 2009, le Dr M\_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité totale de travailler du recourant dans son activité habituelle, mais à une pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (position debout prolongée, position à genoux, marche en terrain instable, ports répétitifs de charges lourdes). En novembre 2009-février 2010, le recourant a déclaré que sa mise à 50% était momentanée et ne concernait qu'un problème de cicatrisation de sa jambe droite. En mars 2010, le Dr S\_\_\_\_\_ a considéré que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. En mai 2010, le Dr T\_\_\_\_\_ a fait état d'une persistance de douleurs mécaniques inexplicables de la clavicule gauche, qui n'avaient toutefois pas d'incidence sur la capacité

de travail. S'agissant du diagnostic de fracture ouverte de la jambe et du genou droit, le recourant avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles un à deux mois après l'AMO. En octobre 2010, le Dr S\_\_\_\_\_ a indiqué que les limitations fonctionnelles observées étaient une boiterie du membre inférieur droit et des douleurs sur la station debout prolongée; la capacité du recourant était entière dans une activité adaptée. En novembre 2010, le Dr V\_\_\_\_\_ a précisé que l'état de santé du recourant s'était amélioré et que l'évolution était favorable depuis l'AMO. En novembre 2010, le Dr S\_\_\_\_\_ n'a fait état que de l'évolution de la fracture du genou. Des mesures de reclassement vers une profession peu physique, à postures alternées, pouvaient désormais être entreprises dans les meilleurs délais. En novembre 2010, le Dr M\_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions de mai 2009. Au vu des différentes appréciations, il apparaît que le rapport du Dr M\_\_\_\_\_ de novembre 2010, confirmant sa position de mai 2009, rejoint parfaitement les conclusions des médecins traitants du recourant, en particuliers celles des Drs S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_. Partant, c'est à bon droit que l'intimé a conclu au rétablissement d'une capacité de travail résiduelle entière du recourant en septembre 2010. (ii) Reste à examiner si l'état de santé du recourant s'est modifié de manière durable depuis lors. En janvier 2011, le Dr T\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il subsistait et allait subsister de manière définitive des séquelles sérieuses sous forme de douleurs péri-articulaires de l'épaule gauche, ainsi que des douleurs chroniques et une limitation fonctionnelle du genou et de la jambe droite en raison de la survenue d'une arthrose post-traumatique du genou droit; il ne s'est cependant pas prononcé sur la capacité de travail du recourant. Cela étant, il avait considéré, quelques mois auparavant, que ces mêmes douleurs liées à la fracture de la clavicule, présentes depuis l'accident, n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail. En l'absence d'élément nouveau permettant de conclure, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, à une aggravation de l'état de santé, il n'y a donc pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr T\_\_\_\_\_ de mai 2010. En février 2012, le Dr W\_\_\_\_\_ a mentionné les plaintes du recourant en lien avec des douleurs au niveau de la clavicule qui se déclaraient lors de mouvements d'élévation ou d'abduction. Il a toutefois précisé que ces douleurs étaient présentes depuis l'accident et n'a pas mentionné une quelconque aggravation. Ce praticien n'a pas non plus procédé à une appréciation de la capacité de travail du recourant. En mars 2012, le Dr S\_\_\_\_\_ a relaté les plaintes de son patient et précisé la présence effective de ce dernier durant le stage. Il convient cependant de relever que le taux d'activité de 50% avait été déterminé ab initio par le syndicat-employeur, dans la mesure où il n'y avait pas assez de travail pour employer une personne à un taux supérieur. Par ailleurs, le recourant avait également déclaré dès le départ qu'il préférerait un taux de 50%. En outre, le médecin n'a pas procédé à une appréciation propre de la capacité de travail du recourant; ses mentions relatives à la présence effective de son patient ne sont donc pas susceptibles de fournir des indications pertinentes sur la capacité de travail du recourant. S'agissant de l'état dépressif secondaire, l'appréciation du Dr S\_\_\_\_\_ ne saurait, sans autre, être retenue, étant donné que la psychiatrie ne relève pas de sa spécialisation. En tout état de cause, le médecin n'a pas motivé son diagnostic, ni précisé le degré de sévérité de l'état dépressif secondaire et l'éventuel traitement mis en place, ni même l'éventuelle incapacité de travail en résultant. Enfin, ce praticien avait indiqué, en mars 2010, que les épisodes d'arthrite migrante étaient sans répercussion sur la capacité de travail; aucun élément ne permet de s'écarter de cette conclusion. En juillet 2012, le Dr T\_\_\_\_\_ a indiqué que le service de rhumatologie de la Clinique de Beau-Séjour avait diagnostiqué un syndrome de

l'angulaire de l'omoplate, s'agissant des douleurs scapulo-humérales gauches, suites de la fracture claviculaire. Il s'agissait cependant d'expliciter les douleurs qui existaient depuis l'accident. Ce même médecin avait toutefois exclu que ces douleurs aient un impact sur la capacité de travail en mai 2010. Par ailleurs, le Dr T \_\_\_\_\_ ne fait état d'aucune aggravation de l'état de santé du recourant depuis ces mêmes conclusions. Au contraire, il explique que ce syndrome est en réalité une pathologie fréquente et généralement bénigne et curable. Enfin, ce médecin a maintenu sa position antérieure, en concluant qu'il ne pouvait affirmer que cette affection empêcherait la reprise d'une quelconque activité professionnelle. En août 2012, le Dr T \_\_\_\_\_ est revenu partiellement sur ses conclusions précédentes, indiquant que bien que les douleurs scapulo-humérales gauches étaient habituellement sans conséquence sur la capacité de travail après une période d'adaptation, tel n'était pas le cas pour le recourant, pour lequel une incapacité de 50% paraissait plausible. Or, le Dr T \_\_\_\_\_ ne met en avant aucun élément nouveau permettant de conclure à une aggravation de l'état du recourant en un mois. Il faut donc conclure, conformément à la jurisprudence, qu'il s'agit d'une appréciation médicale différente en fonction des mêmes symptômes retenus. En toute hypothèse, la qualification de "plausible" n'est pas suffisante pour s'écarter des conclusions du mois de juillet 2012. En mars 2013, le Dr S \_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant était en incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2012 en raison d'un état dépressif réactionnel induit par la situation. On s'étonne que le recourant cherche à tirer argument de ce diagnostic seulement maintenant, alors qu'il a eu plusieurs occasions de le faire depuis le mois d'octobre 2012. En tout état de cause, les mêmes remarques que ci-dessus s'appliquent s'agissant de la spécialisation du Dr S \_\_\_\_\_, de l'absence de motivation du diagnostic et de détermination de la gravité de l'affection et du traitement qui serait suivi par le recourant. De même, le médecin n'a nullement motivé son appréciation de l'incapacité de travail de ce dernier. Enfin, on ne peut guère accorder de valeur probante à un certificat attestant d'une incapacité totale de travailler depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2012, alors que selon les propres dires du Dr S \_\_\_\_\_, il aurait attesté, le 2 octobre 2012, d'une capacité de travail pleine et entière à cette date et depuis le 1<sup>er</sup> mai 2012. Cela vaut a fortiori lorsque l'on constate que le médecin a modifié ses appréciations de la capacité de travail du recourant au gré des demandes de ce dernier. Au vu de ce qui précède, la Cour considère qu'il n'est pas établi, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, qu'une aggravation de l'état de santé du recourant susceptible d'influencer durablement sa capacité de travail est survenue postérieurement à novembre 2010. Celui-ci n'invoquant aucune autre modification des circonstances susceptible d'influencer le taux d'invalidité, c'est donc à juste titre que l'intimé n'a pas octroyé de prestations au-delà du 30 novembre 2010. 7. Reste à examiner le degré d'invalidité présenté par l'assuré.!

a) En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut

raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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; 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 ; 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). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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). Lorsqu'on fait appel aux données statistiques, le revenu d'invalidité doit être déterminé sur la base du groupe des tableaux "A" correspondant aux salaires bruts standardisés de l'ESS. Il convient en outre toujours de se rapporter à la valeur médiane (ATF 124 V 321 consid. b/aa). La table généralement utilisée est la table TA1 (secteur privé; ATF 126 V 75 consid. 7a). Il n'existe cependant aucune règle qui devrait être utilisée dans tous les cas. Il peut ainsi se justifier de se fonder sur le revenu statistique réalisé dans un secteur de l'économie, sur une partie de celui-ci ou sur une activité particulière lorsque cela permet de fixer plus précisément le salaire auquel l'assuré pourrait prétendre en étant invalide. Cela peut être le cas lorsque, avant l'atteinte à la santé, l'assuré avait travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années alors qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (ATF non publié 9C\_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 3.1 et les références). Lorsque les circonstances 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 si ce secteur est adapté et exigible (ATF non publié 9C\_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 3.1), ou à la table 11 pour des travailleurs qualifiés qui ont mené à terme des études dans une haute école (ATF non publié I 84/07 du 17 septembre 2007, consid. 5.2.1; U 75/03 du 12 octobre 2006, consid. 8). Les tableaux "A" qui doivent être utilisés pour déterminer le revenu d'invalidité partent de professions répondant à des exigences d'un niveau différent, le salaire croissant sensiblement au fur et à mesure que le niveau des exigences augmente. Le premier niveau – le plus élevé – comprend les activités les plus exigeantes et les plus difficiles. Le deuxième niveau implique l'exécution d'activités autonomes et qualifiées. Le troisième niveau exige des connaissances professionnelles et techniques, alors que le quatrième – le plus bas - comprend des activités simples et répétitives (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb). 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; 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C\_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). b) En l'espèce, il faut à nouveau distinguer deux questions: (i) celle de savoir si l'intimé a supprimé à bon droit le droit à la rente en novembre 2010, et si tel n'est pas le cas et qu'une rente aurait dû être allouée, (ii) si la situation a changé après la mesure de reclassement dont a bénéficié le recourant, en conformité avec les art. 28 al. 1 let. a LAI et 16 LPGa. La capacité de gain du recourant s'est améliorée en septembre 2010 et, depuis lors, sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée à ses limitations. Ainsi, dans la mesure où le changement important de la capacité de travail ayant une incidence sur la capacité de gain remonte à 2010, il convient de se placer à la même année pour procéder à la comparaison de revenus (ATF non publié I 95/07 du 15 février 2008, consid. 5). S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé s'est référé au revenu annuel de 71'188 fr. que le recourant aurait perçu en 2008. Or, selon l'attestation de son employeur du 29 janvier 2009, ce dernier aurait pu percevoir, en 2009, un salaire mensuel de 5'585 fr. 50 en treize mensualités, soit un revenu annuel de 72'611 fr. 50. Ce revenu doit être indexé en fonction de l'Indice suisse des salaires jusqu'en 2010, ce qui le porte à 73'121 fr. 40. Pour le revenu d'invalidité, le recourant n'ayant pas repris d'activité lucrative, la référence au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives est conforme à la jurisprudence. En 2010, le recourant n'avait pas encore bénéficié d'une mesure de reclassement. C'est donc le tableau TA1 qui doit être utilisé, ligne total des ESS 2010, niveau 4, ce qui mène à un revenu mensuel de 4'901 fr. en 2010 pour 40 heures hebdomadaires, 13<sup>ème</sup> salaire compris, et donc un revenu annuel de 58'812 fr. En tenant compte de la durée normale de travail de 41.6 heures selon la statistique sur la durée normale du travail (DNT) ce revenu s'élève à 61'164 fr. 50. Enfin, au vu des limitations fonctionnelles, il y a lieu de procéder à un abattement de 5%. L'intimé n'a pas expliqué pour quel motif il n'appliquait pas de réduction sur le salaire statistique. Une telle réduction, même modeste, se justifie cependant, au vu des limitations fonctionnelles que connaît le recourant. La comparaison du revenu avec invalidité (58'106 fr. 30) avec le revenu sans invalidité (73'121 fr. 40) révèle ainsi un taux d'invalidité de 21%  $[(73'121 \text{ fr. } 40 - 58'106 \text{ fr. } 30) \times 100] : 73'121 \text{ fr. } 40$ . Si ce taux est supérieur à celui retenu par l'intimé, il reste néanmoins en-deçà du degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente. C'est donc à bon droit que l'intimé a mis fin au versement de la rente en novembre 2010, soit à l'issue du délai de trois mois après l'amélioration notable de l'état de santé du recourant (art. 88a RAI). Au vu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire de se pencher sur le degré d'invalidité à la suite de la mesure de reclassement dont a bénéficié le recourant. Mal fondé, le recours doit être

rejeté. 8. Un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant qui succombe. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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