

## **GE\_GERICHTE A/4003/2015 vom 30. November 2016**

GE Cour de justice, 2016-11-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4003\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4003_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/4003/2015 du 30 novembre 2016

IT: GE\_GERICHTE A/4003/2015 del 30 novembre 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au Grand-Saconnex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant turc né en 1972, a subi un accident le 1 er mars 2004, alors qu'il était employé en qualité de déménageur. Une chute a entraîné une contusion dorsale, dont les suites ont été prises en charge par la Suva, assurance-accidents. 2. Une IRM lombaire réalisée le 14 juin 2004 a mis en évidence chez l'assuré des séquelles de maladie de Scheuermann au niveau de la charnière dorso-lombaire, sans anomalie disco-vertébrale, en particulier pas de compression radiculaire par une hernie. 3. Selon une appréciation médicale du 14 avril 2005 du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de la Suva, l'assuré présentait une limitation partielle de la mobilité de la colonne vertébrale sur évocation de dorso-lombalgies. Il n'y avait pas d'anomalie neurologique des membres inférieurs. En conclusion, il s'agissait de l'aggravation passagère d'un substrat dégénératif préexistant. Le statu quo sine était atteint au plus tard un an après la chute. 4. Le 28 avril 2006, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué une neuropathie cubitale. Il a préconisé un traitement conservateur consistant notamment à éviter les efforts répétés avec flexion du coude. 5. Le 23 janvier 2006, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a attesté que l'assuré était apte à travailler à 100 % dans des activités physiquement légères. 6. Le 19 juillet 2006, l'assuré a déposé une demande d'orientation professionnelle auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé). 7. Le 28 septembre 2006, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué des séquelles de maladie de Scheuermann au niveau de la colonne dorso-lombaire et des dorso-lombalgies sur chute, sans incidence sur la capacité de travail. Des mesures professionnelles étaient indiquées. L'assuré relatait des douleurs mécaniques lors de longues stations assises. Il avait fait un essai de reconversion en tant que livreur-chauffeur, qui s'était révélé impossible. Il avait également des difficultés à monter les escaliers. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. Il s'agissait d'un probable syndrome somatoforme douloureux débutant, non encore cristallisé. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait encouragé l'assuré à se mobiliser et l'avait rassuré sur l'absence de gravité des lésions somatiques. Il y avait une composante d'isolement culturel. L'atteinte rendait impossible les travaux lourds à très lourds, et il existait une diminution de rendement à 75 %. Une activité après recyclage dans la restauration et le service était envisageable à plein temps. 8. L'OAI a confié une expertise de l'assuré au docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans son rapport du 22 février 2007, ce médecin a établi l'anamnèse de

l'assuré. Dans ce cadre, l'assuré a indiqué sa volonté de se recycler car il ne supportait pas l'inactivité. L'expert a relaté les plaintes de l'assuré, exclusivement liées à la symptomatologie douloureuse. Il n'avait aucune doléance d'ordre psychologique. Il se sentait nerveux et dormait mal en raison de ses douleurs. Il était préoccupé par l'avenir, car il se sentait diminué physiquement. L'expert n'a noté aucun signe de la lignée dépressive, anxieuse ou psychotique. Le diagnostic retenu était celui de syndrome douloureux somatoforme persistant présent depuis environ avril 2005, avec répercussion sur la capacité de travail. L'assuré souffrait de se sentir diminué physiquement et de ne pouvoir subvenir aux besoins de sa famille. Son identité d'homme fort avait été mise à mal par l'accident de 2004. Sa souffrance physique était mise en avant depuis lors, avec une augmentation de la symptomatologie douloureuse, alors que du point de vue organique, rien ne permettait d'expliquer l'intensité de ses lombalgies. Il ne se plaignait de rien d'autre, hormis les douleurs du bras droit. Au plan psychiatrique, aucun trouble associé n'était mis en évidence. Le contexte social de l'assuré paraissait délicat. Bénéficiaire d'une rente lui permettrait de vivre et d'être reconnu comme souffrant d'un problème de santé. Pour ces raisons, un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant pouvait être évoqué par exclusion, depuis environ mai 2005, date de guérison retenue par la Suva pour la contusion lombaire. La focalisation sur la symptomatologie douloureuse entravait fortement le fonctionnement de l'assuré, qui s'enfermait dans un rôle de malade. Au plan social, hormis une certaine impulsivité et une sensibilité à la critique, il n'y avait pas de limitation. L'activité habituelle n'était plus exigible. La diminution de rendement était de 80 %. Des mesures de réadaptation étaient envisageables, et l'assuré était sincèrement désireux de reprendre une activité professionnelle. Une thérapie de groupe axée sur la problématique douloureuse pourrait être proposée. L'activité adaptée pourrait être exercée dans un premier temps à 20 %.

9. Dans son avis du 13 mars 2007, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) s'est déterminé sur l'expertise. Il a retenu que la diminution des capacités physiques entraînant la perte de l'identité était de nature culturelle et ne relevait pas de l'assurance-invalidité. Les rachialgies faisaient partie du syndrome douloureux sans valeur de maladie. On ne pouvait ainsi pas suivre l'expert qui retenait une incapacité de travail de 80 %. L'atteinte du coude droit empêchait la reprise d'un travail de force ou un usage fréquent de cette articulation. En respectant ces limitations, aucune baisse de rendement n'était attendue. Partant, il y avait lieu d'admettre l'incapacité complète conformément aux conclusions de la Suva, soit du 1<sup>er</sup> mars 2004 au 30 avril 2005. À partir de cette date, la capacité de travail était complète.

10. Dans son rapport du 18 juillet 2007, l'OAI a considéré que l'assuré ne subissait aucun dommage économique justifiant l'octroi d'un reclassement professionnel ou d'une prestation financière. À défaut de formation professionnelle et d'activité de longue durée, le revenu sans invalidité était fixé en fonction du revenu statistique dans une activité simple et répétitive de niveau 4 pour un homme selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Le revenu avec invalidité était évalué sur la même base. La capacité de gain se confondait ainsi avec la capacité de travail.

11. Par décision du 19 septembre 2007, l'OAI a refusé l'octroi de prestations à l'assuré, ce dernier ne présentant pas d'invalidité.

12. Le 19 novembre 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande tendant à l'octroi de mesures de réadaptation. Il a notamment joint un rapport d'IRM lombaire du 14 juillet 2008 ayant mis en évidence une petite hernie discale L5-S1 protrusive sous-ligamentaire luxée vers le bas et une effusion articulaire L5-S1 bilatérale.

13. Entendu par l'OAI le 24

février 2009 dans le cadre de sa demande de révision, l'assuré a indiqué vouloir une formation professionnelle. L'OAI l'ayant informé de son obligation de fournir la preuve de l'aggravation de son état de santé, il a indiqué être en arrêt de travail depuis septembre 2008. Son activité de serveur était très pénible. ![endif]>![if> 14. Par décision du 16 mars 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision de l'assuré.![endif]>![if> 15. Le 6 avril 2009, l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie a transmis à l'OAI le formulaire de détection précoce concernant l'assuré. ![endif]>![if> 16. Le 12 mai 2013, l'assuré a subi un nouvel accident à l'épaule en jouant au football, lequel a entraîné une incapacité de travail totale. ![endif]>![if> 17. Le 27 août 2013, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué une rupture transfixiante subtotale vs complète du sus-épineux de l'épaule droite. L'incapacité de travail était totale depuis le 14 mai 2013.![endif]>![if> 18. L'entretien de détection précoce s'est déroulé le 30 août 2013. L'assuré a indiqué avoir eu un accident en mai 2013. Il ne pouvait lever le bras droit et une intervention était prévue. Il travaillait comme facteur à 50 % depuis le 1<sup>er</sup> février 2011, mais il avait demandé à augmenter son taux de travail. Il souhaitait se former comme chauffeur de taxi. ![endif]>![if> 19. À la requête de l'OAI, l'assuré a rempli un nouveau formulaire de demande de prestations en date du 11 septembre 2013.![endif]>![if> 20. Le 1<sup>er</sup> octobre 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail nulle de l'assuré. La reprise du travail dépendrait des suites opératoires. ![endif]>![if> 21. Le 4 octobre 2013, l'assuré a subi une suture arthroscopique du sus-épineux, une ténotomie du long chef du biceps, une acromioplastie et une résection du centimètre externe de la clavicule, pratiquées par le docteur I\_\_\_\_\_, médecin auprès du service de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). ![endif]>![if> 22. Dans son rapport du 9 octobre 2013, la Poste, employeur de l'assuré, a indiqué que ce dernier y travaillait à raison de 3.5 heures par jour et 21 heures par semaine depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012. Le salaire en 2013 s'élevait à CHF 27'307.80. Il avait été de CHF 45'271.05 en 2011 et de CHF 32'545.50 en 2012. ![endif]>![if> 23. Dans son rapport du même jour, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail était totale en tant que facteur. La reprise du travail pourrait être envisagée trois à six mois plus tard.![endif]>![if> 24. Le 11 novembre 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ a signalé une amélioration de l'état de l'assuré depuis l'opération. La capacité de travail restait cependant nulle, et ce pour une durée probable de six mois.![endif]>![if> 25. À la suite d'un nouvel entretien en décembre 2013, l'assuré a communiqué à l'OAI la liste de certaines écoles proposant une formation de permis professionnel par courriel du 5 décembre 2013. Il a indiqué qu'en raison de l'opération de son épaule, il ne se sentait pas prêt à commencer avant octobre 2014 mais que dans l'intervalle, il pourrait passer le permis B121. ![endif]>![if> 26. À la demande de l'OAI, le Dr E\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur l'adéquation d'une formation en tant que chauffeur de taxi par courrier du 14 janvier 2014. Il a noté que la reprise du travail de facteur lui semblait possible en adaptant les mouvements et positions en fonction des douleurs du dos et de l'épaule, qui présentaient un risque de récurrence. Les lombalgies, sans origine organique claire, répondaient à un traitement plurimodal. Les gonalgies pouvaient résulter d'un début d'arthrose. Il était clair que de grands risques existaient dans le métier actuel de l'assuré et que ce dernier pourrait devoir y renoncer définitivement de manière précoce. On pouvait espérer que le métier de chauffeur de taxi ou de chauffeur dans les transports publics soit plus adapté, car il n'y avait pas de port de charges ou de mouvements répétitifs, contrairement à son activité habituelle. Le Dr E\_\_\_\_\_ encourageait l'assuré à poursuivre cette reconversion. ![endif]>![if> 27. Dans son courriel du 12 février 2014, l'OAI a

indiqué à l'assuré que dans le cadre de l'intervention précoce, les formations ne pouvaient avoir lieu plus d'un an après la demande. Une formation au permis B TPP 121 semblait possible, mais pas une formation de chauffeur de taxi débutant en octobre 2014. Il invitait l'assuré à demander de nouvelles dates pour le permis TPP 121 et à s'informer sur les autres frais.!

28. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 30 juillet au 2 septembre 2014. Dans leur rapport du 29 septembre 2014, les docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, et K\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont posé les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleur et raideur de l'épaule droite et les diagnostics supplémentaires de chute sur l'épaule droite avec rupture transfixiante du sus-épineux le 12 mai 2013 ; d'arthroscopie avec suture du sus-épineux, ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie et résection du centimètre externe le 4 octobre 2013 ; de syndrome du tunnel carpien droit ; de légères séquelles d'une neuropathie du nerf radial et de perturbation des tests hépatiques. L'assuré présentait les comorbidités suivantes : tabagisme actif, hernie discale traitée conservativement, reflux gastrique et troubles mentaux et troubles du comportement liés à la consommation d'alcool, utilisation épisodique. Les plaintes et limitations étaient avant tout liées aux mouvements répétitifs tels que se brosser les dents et se raser. L'assuré ne parvenait pas à accomplir des activités même légères. Il notait des décharges électriques survenant souvent à l'activité, et parfois spontanées. Il y avait également des fourmillements, un engourdissement et des picotements. Les douleurs irradiaient jusqu'au bout des doigts. La participation de l'assuré aux thérapies était élevée et aucune incohérence n'était relevée. Les médecins rejetaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de mouvements répétitifs du membre supérieur, ni de mouvements en porte-à-faux. La situation était stabilisée au plan de l'épaule, mais pas du tunnel carpien. Une infiltration du tunnel carpien était proposée à droite. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable pour des motifs médicaux. L'incapacité de travail était nulle dans la profession de facteur du 30 juillet au 30 septembre 2014, puis à réévaluer par le Dr I\_\_\_\_\_. Lors du consilium psychiatrique, la doctoresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a noté que l'assuré ne présentait aucun indice pour un trouble anxieux ou dépressif. La consommation d'alcool relevait plus d'une consommation nocive pour la santé que d'un problème de dépendance. L'assuré avait pris conscience depuis 2014 qu'il devait réduire les quantités d'alcool absorbées en fin de semaine. Le diagnostic posé était celui de troubles mentaux et troubles du comportement liés à la consommation d'alcool, utilisation épisodique.

29. Une IRM de l'épaule droite réalisée le 9 octobre 2014 a révélé une atteinte quasi transfixiante du tendon supra-épineux à sa face articulaire et à son tiers antérieur avec fissuration au niveau de sa face bursale ; une atrophie sévère du muscle supra-épineux et une dégénérescence graisseuse de grade II ; une arthropathie acromio-claviculaire marquée ; et des signes de tendinose généralisée des tendons de la coiffe des rotateurs.!

30. Dans son rapport du 19 novembre 2014, la doctoresse M\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie des HUG, a indiqué que l'état de l'assuré s'était amélioré. La coiffe réinsérée était douloureuse. La date de la reprise du travail ne pouvait être déterminée pour l'heure.!

31. Le 24 novembre 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a mentionné une aggravation de l'état de l'assuré, qui souffrait depuis septembre 2014 d'un syndrome du tunnel carpien droit avec une neuropathie du nerf radial droit. La reprise du travail dépendrait de l'évolution de cette atteinte. La capacité de travail était nulle pour l'heure en tant que postier.!

32. Le 19 février 2015, un médecin des HUG a indiqué à titre de limitations fonctionnelles le port de charges supérieures à 5 kg ou au-dessus des épaules. La reprise du

travail était dès à présent possible dans une activité respectant ces limitations.!

33. Dans son rapport du 7 mai 2015, le docteur N\_\_\_\_\_, médecin au service de chirurgie des HUG, a indiqué qu'une infiltration échoguidée de l'épaule droite n'avait pas permis d'améliorer la symptomatologie. L'assuré présentait des lâchages douloureux à tous les mouvements et les amplitudes étaient limitées. !

34. Le 3 juin 2015, le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a examiné l'assuré. Après avoir résumé son dossier, pris connaissance de ses plaintes et procédé à un status, ce médecin a posé les diagnostics de rupture du tendon sus-épineux de l'épaule droite traitée par arthroscopie, d'atrophie sévère et de dégénérescence graisseuse du muscle supra-épineux. Le cas était stabilisé. L'ancienne activité de facteur n'était plus exigible compte tenu des mouvements répétitifs en rotation de l'épaule. Une activité professionnelle réalisée assis ou debout, sans port de charges supérieures à 5 kg de manière occasionnelle du côté droit, sans mouvements répétitifs en rotation de l'épaule, sans devoir amener le membre supérieur droit au niveau du plan de l'horizontale, avec de façon idéale le coude et l'avant-bras reposant sur un support, serait possible à plein temps sans baisse de rendement. !

35. Dans son avis du 28 juillet 2015, la doctoresse P\_\_\_\_\_, médecin au SMR, s'est ralliée à l'appréciation du Dr O\_\_\_\_\_ selon laquelle l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans gestes de force avec le membre supérieur, sans port de charges, sans activités avec le membre supérieur en dessus de l'horizontale, sans sollicitation répétitive du membre supérieur droit, idéalement avec un appui au niveau de l'avant-bras et du coude et sans sollicitation de l'épaule droite. Ces conclusions étaient valables dès mai 2014. !

36. Dans une note du 28 août 2015, l'OAI a relevé que l'assuré travaillait à 50 % à la Poste et s'était annoncé à l'assurance-chômage pour les 50 % restants. Partant, un statut d'actif à 100 % était retenu. ! Il a procédé au calcul du degré d'invalidité. Le salaire avec invalidité, fondé sur le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [(ESS) 2012, TA\_1\_tirage\_skill\_level], était de CHF 5'210.- pour 40 heures par semaine. Indexé à 2014 et adapté à la durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures, le revenu était de CHF 65'177.- par an. Compte tenu d'un temps de travail raisonnablement exigible de 100 % et d'un abattement statistique de 10 %, le revenu d'invalidité était de CHF 59'517.-. Quant au revenu sans invalidité, il s'élevait à CHF 55'012.-. L'intimé se fondait sur le questionnaire de l'employeur du 11 octobre 2013, selon lequel le revenu à 50 % en 2013 était de CHF 27'307.80. La comparaison des revenus aboutissait ainsi à un degré d'invalidité nul. 37. Le 4 septembre 2015, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel le droit aux prestations était nié. Le degré d'invalidité, tel que calculé le 28 août 2015, n'ouvrait pas le droit à une rente ni à des mesures de reclassement. !

38. Par décision du 15 octobre 2015, l'OAI a confirmé les termes de son projet.!

39. Le 16 novembre 2015, l'assuré, par sa mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a conclu à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, en indiquant contester le degré d'invalidité retenu et le refus de mesures professionnelles. !

40. Dans son complément du 14 décembre 2015, le recourant a conclu, sous suite de dépens, à l'audition des Drs E\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, au fond à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles adéquates. ! Il a notamment soutenu que le Dr G\_\_\_\_\_ avait dénié la valeur de maladie du syndrome douloureux sans motiver son avis. Il a allégué qu'il n'existait aucune activité respectant ses limitations fonctionnelles, qui impliquaient de garder son bras droit immobile sur un

support à longueur de journée, alors même qu'il était droitier. Partant, une rente entière devait être octroyée. La décision de l'intimé se fondait sur un rapport bâclé du SMR, dont les conclusions étaient en contradiction avec celles de la Suva s'agissant de la date dès laquelle la capacité de travail avait été recouvrée. Pour établir le degré d'invalidité, il y avait lieu d'interpeller l'employeur pour connaître le salaire présumé en 2014, et non d'indexer celui de 2013. En effet, la Poste connaissait une évolution des salaires qui n'était pas limitée à l'inflation. L'abattement devait de plus être de 25 %. Le recourant devait bénéficier de mesures d'ordre professionnel. 41. Par décision du 18 décembre 2015, le Vice-président du Tribunal civil a octroyé l'assistance juridique au recourant. 42. Dans sa réponse du 26 janvier 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a notamment relevé que les médecins de la CRR avaient conclu à une incapacité de travail à réévaluer après le 30 septembre 2014 dans la profession de facteur, mais ne s'étaient pas prononcés sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Dans son rapport de novembre 2013, le Dr I \_\_\_\_\_ avait signalé que la capacité de travail serait de 100 % dans une activité adaptée six mois après l'opération. C'était ainsi à juste titre que l'intimé avait admis la reprise d'une activité adaptée dès le mois de mai 2014. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, le recourant avait été reçu en décembre 2013 et s'était vu proposer la prise en charge d'un permis professionnel. Il devait se renseigner sur les modalités concrètes de la formation mais n'y avait pas donné suite. Il n'avait montré aucune motivation pour suivre une mesure dans le cadre de l'intervention précoce. Le marché offrait suffisamment de postes de travail adaptés à l'atteinte du recourant, accessibles sans formation. L'abattement de 10 % était également conforme au droit. 43. Le 29 janvier 2016, la chambre de céans a transmis copie de la réponse de l'intimé au recourant et lui a imparti un délai au 19 février 2016 pour consulter le dossier et lui faire parvenir ses observations. 44. Par courrier du 2 mai 2016, la chambre de céans 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable. 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 LPGGA et art. 28 al. 2 LAI). L'invalidité est une notion économique et non médicale, et 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 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 7.2).

6. Conformément à l'art. 8 al. 1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité 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, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies.

Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2, ATF 124 V 108 consid. 3a).

7. En vertu de l'art. 28 al. 1 er 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 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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.

8. L'art. 16 LPGGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa

part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3). Pour déterminer le revenu d'invalidé de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). 9. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b) 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 LPG), 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 convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 10. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5). L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective. Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.2 et les références).

11. En l'espèce, l'intimé a fondé le calcul du degré d'invalidité du recourant sur une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Force est de constater que les médecins ayant examiné le recourant après l'accident subi en mai 2013 n'ont pas retenu d'incapacité de gain permanente. Les médecins de la CRR, s'ils ne se sont

pas expressément prononcés sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, ont émis certaines limitations fonctionnelles qui permettent d'admettre qu'une activité respectant ces dernières serait envisageable. Les Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ n'ont du reste pas non plus formellement exclu la reprise de l'activité habituelle de facteur, dès lors qu'ils ont laissé le soin au Dr I\_\_\_\_\_ de l'évaluer. Le Dr E\_\_\_\_\_ a également implicitement admis que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, puisqu'il l'a encouragé à poursuivre une reconversion dans son courrier à l'OAI du 14 janvier 2014. Le médecin des HUG consulté par le recourant en février 2015 a aussi admis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à l'instar du Dr O\_\_\_\_\_ dans son avis du 3 juin 2015. Enfin, les conclusions du 22 février 2007 de l'expert psychiatre mis en œuvre par l'intimé ne conduisent pas à une autre appréciation. D'une part, le parcours professionnel du recourant depuis cette expertise suffit à démentir l'incapacité de gain de 80 % retenue par le Dr F\_\_\_\_\_. D'autre part, aucun médecin n'a rapporté de troubles psychiques. La Dresse L\_\_\_\_\_ a en particulier exclu toute atteinte incapacitante de cet ordre dans le consilium de septembre 2014. Enfin, l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ n'est pas probante, dès lors qu'elle n'examine pas si les critères dégagés par la jurisprudence et permettant à l'époque de conclure au caractère incapacitant d'un trouble somatoforme douloureux (sur ce point, cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2) étaient réunis. Enfin, le Dr F\_\_\_\_\_ paraît avoir préconisé l'octroi d'une rente d'invalidité non pour des motifs médicaux mais pour des raisons sociales. En ce qui concerne la nature de l'activité adaptée, les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR, des HUG et le médecin d'arrondissement de la Suva sont largement superposables, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Sur ce point, le recourant fait valoir qu'il n'existe aucune activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, impliquant selon lui une immobilité du bras droit. Il ne saurait toutefois être suivi. D'une part, les limitations retenues par les médecins ne consistent pas en l'immobilisation du bras droit, seuls certains gestes étant proscrits. Le recourant est de plus en mesure d'utiliser sa main droite. Par surabondance, selon la jurisprudence, il serait hâtif de conclure à l'impossibilité de tout reclassement professionnel pour une personne limitée à une activité monomanuelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 578/02 du 1<sup>er</sup> septembre 2003 consid. 4). Eu égard à ce qui précède, il convient de se rallier à la conclusion du SMR du 28 juillet 2015, selon laquelle le recourant peut exercer à plein temps et sans diminution de rendement une activité qui respecte les limitations fonctionnelles tracées par le Dr O\_\_\_\_\_, à tout le moins sur le principe de son exigibilité. S'agissant en revanche de la date à partir de laquelle l'activité adaptée est exigible, on ne saurait suivre l'intimé. Ce dernier l'a fixée à mai 2014, en se fondant sur le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 11 novembre 2013 faisant état d'une probable aptitude au travail six mois plus tard. Il s'agissait cependant là d'un simple pronostic, infirmé notamment par le rapport postérieur de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 19 novembre 2014. De plus, l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé en mai 2014, comme l'ont constaté les médecins de la CRR. Il ne l'a été qu'en juin 2015, comme cela ressort de l'appréciation du Dr O\_\_\_\_\_. Or, la jurisprudence a retenu dans des cas similaires que tant que l'état de santé de l'assuré n'est pas stabilisé, l'examen porte sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, et qu'il doit porter sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée depuis sa stabilisation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_881/2010 du 23 août 2011 consid. 3.2 ; ATAS/56/2016 du 27 janvier 2016 consid. 10). Par conséquent, ce n'est qu'à partir de juin 2015 au plus tôt qu'une activité adaptée était exigible du recourant. 12. Il convient encore d'examiner le calcul du degré

d'invalidité.![endif]>![if> Eu égard à la capacité de travail nulle du recourant et à l'inexigibilité d'une activité adaptée de mai 2013 jusqu'à juin 2015, l'invalidité du recourant était totale durant cette période. S'agissant du taux d'invalidité à partir de la date à laquelle le recourant a recouvré sa capacité de gain, l'intimé s'est fondé pour le revenu sans invalidité à un montant de CHF 55'012.-, ce qui correspond au salaire de CHF 27'307.80 réalisé à la Poste en 2013, doublé afin de tenir compte d'une activité exercée à plein temps. Dans la mesure où le revenu du recourant a passablement varié dans les années précédant son accident, et qu'il ne mettait pas complètement en valeur sa capacité de travail puisqu'il était occupé à 50 % et était annoncé à l'assurance-chômage, il se justifie de recourir au revenu statistique plutôt qu'au salaire réel réalisé, conformément à la jurisprudence citée. Le recourant ne disposant d'aucune formation particulière, il y a lieu de se référer au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2012 (TA\_1\_tirage\_skill\_level, niveau 1) tant pour le salaire sans invalidité que le salaire avec invalidité, lequel est de CHF 5'312.- par mois. Annualisé, indexé à 2014 et adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures, le revenu avec et sans invalidité est ainsi de CHF 63'744.-. L'intimé a procédé à une réduction statistique de 10 % sur le revenu d'invalidité. Ce faisant, il n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation et la chambre de céans n'est ainsi pas fondée à revoir l'étendue de cet abattement. Partant, le degré d'invalidité est de 10 % pour la période postérieure à juin 2015. 13. Reste à déterminer les prestations auxquelles ces taux d'invalidité donnent droit.![endif]>![if> Comme on l'a vu, le degré d'invalidité est total de mai 2013 à juin 2015. Le droit à la rente suppose que l'assuré ait présenté une incapacité de travail durant une année au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI) et au plus tôt six mois après le dépôt de la demande de rente (art. 29 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a requis l'octroi de prestations en septembre 2013. L'incapacité de travail ayant débuté en mai 2013, c'est en mai 2014 que le délai de carence d'une année s'est achevé. C'est donc dès le début de ce mois (cf. art. 29 al. 3 LAI) que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité. En ce qui concerne la fin du droit à la rente, il faut rappeler que 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. Suivant l'alinéa premier de cette disposition réglementaire, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1). En l'espèce, compte tenu de l'état stabilisé le 3 juin 2015, c'est après l'écoulement de trois mois complets en application de l'art. 88a RAI (pour un exemple de calcul lorsque l'amélioration ne survient pas en début de mois, cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5), soit au 1<sup>er</sup> octobre 2015, que s'éteint le droit à la rente. En effet, dès cette date, le taux d'invalidité de 10 % est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il est également inférieur au degré d'invalidité (~20 %) donnant droit selon la jurisprudence à des mesures d'ordre professionnel. 14. Le recourant a conclu à l'audition des Drs E\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_.![endif]>![if> Si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves

administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En application de ce principe, la chambre de céans ne fera pas droit aux réquisitions du recourant, dès lors qu'elle dispose des renseignements nécessaires pour statuer sur son droit aux prestations.

15. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront en l'espèce fixés à CHF 1'200.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 500.-. 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.