

## GE\_GERICHTE A/4706/2017 vom 13. September 2018

GE Cour de justice, 2018-09-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4706\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4706_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/4706/2017 du 13 septembre 2018

IT: GE\_GERICHTE A/4706/2017 del 13 settembre 2018

### Erwägungen

#### E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel BOLIVAR 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), né le \_\_\_\_\_ 1956, a été employé en qualité de cuisinier au restaurant B\_\_\_\_\_ à compter du 1 er juin 2011. À ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de Generali assurances générales SA (ci-après : l'assurance-accidents).! [endif]>! [if> 2. Le 27 juin 2011, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'il circulait à scooter, il a été percuté par un autre véhicule du même type, qui lui a coupé la route à une intersection. ! [endif]>! [if> 3. L'assuré a souffert de contusions au thorax, à l'épaule et au coude droits. Un scanner de l'épaule n'a pas révélé de lésion osseuse post-traumatique, mais une déchirure transfixiante du tendon infra-épineux, avec une mise à nu de la facette moyenne du trochiter. L'incapacité de travail a été totale à compter du 28 avril ( recte juin) 2011 (cf. rapport du 21 septembre 2011 de la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne).! [endif]>! [if> 4. Les douleurs persistant, l'assuré a été opéré par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le 20 décembre 2011 (arthroscopie de l'épaule droite, ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie, réinsertion de la coiffe postéro-supérieure et résection du centimètre externe de la clavicule). ! [endif]>! [if> 5. Dans son rapport du 29 décembre suivant, le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état d'une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs droite aux dépens des tendons sus-épineux et infra-épineux, d'une tendinopathie de l'insertion du long chef du biceps et d'une arthropathie acromio-claviculaire. Il a précisé que les suites opératoires étaient simples. ! [endif]>! [if> 6. Le 1 er février 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré se trouvait en rééducation pour une durée probable de six mois. L'incapacité de travail était totale et un dommage permanent était à craindre, du fait des douleurs persistantes et d'une rupture itérative. ! [endif]>! [if> 7. Le 12 avril 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de lésion de la coiffe des rotateurs à droite à la suite de l'accident. L'évolution était progressivement favorable. La persistance de douleurs et le manque d'amplitudes empêchaient l'exercice d'une activité professionnelle. ! [endif]>! [if> 8. Dans un rapport du 10 mai 2012, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a fait état d'une évolution favorable, avec une nette diminution des douleurs et une récupération quasi-complète des amplitudes articulaires. Ce médecin relevait néanmoins que lorsque l'assuré avait tenté de reprendre son activité de cuisinier durant une matinée, des douleurs s'étaient manifestées l'après-midi même et le lendemain. Cela étant, il préconisait la reprise du travail à temps partiel dès le 1 er juin 2012. ! [endif]>! [if> 9. Le 15 juin 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que la reprise du travail à temps partiel avait été difficile, en raison d'une nette recrudescence des douleurs, notamment lors du port de

charges. De ce fait, il attestait d'une nouvelle incapacité totale de travail pour deux mois dès le 4 juin 2012.!

10. Le 3 août 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI).

11. Dans un rapport du 29 août 2012, le Dr E \_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale. Les activités impliquant le port de charges de plus de 10 kg, un travail bras au-dessus de la tête ou impliquant des mouvements répétitifs du membre supérieur droit étaient proscrites.

12. Le 9 septembre 2012, le Dr D \_\_\_\_\_ a indiqué que le pronostic était bon, car la réparation « avait tenu ».

13. Le 12 septembre 2012, une échographie de l'épaule droite a montré une compétence de la coiffe des rotateurs, sans évidence de déchirure, ainsi qu'un épaissement pariétal et un épanchement dans la bourse sous-acromiale pouvant correspondre à une bursite.

14. Le 31 octobre 2012, l'employeur de l'assuré a indiqué avoir employé ce dernier à compter du 1<sup>er</sup> juin 2011 pour un revenu mensuel de CHF 5'500.-.

15. Le 17 novembre 2012, le Dr D \_\_\_\_\_ a indiqué que le pronostic était très bon concernant la coiffe des rotateurs. Il ne comprenait pas l'évolution défavorable de l'articulation acromio-claviculaire, toujours douloureuse. Il évaluait la capacité de travail de l'assuré à 50% dès le 6 décembre 2012.

16. Du 5 au 20 décembre 2012, l'assuré a suivi des cours d'informatique, pris en charge par l'OAI à titre de mesure d'intervention précoce.

17. Lors d'un entretien téléphonique du 11 mars 2013 avec l'OAI, l'assuré a indiqué avoir apprécié les cours d'informatique. Il avait également suivi des cours pour le permis professionnel de chauffeur, qu'il avait obtenu. Il souhaitait reprendre une activité de chauffeur indépendant. Les infiltrations n'avaient pas soulagé ses douleurs dans la mesure souhaitée.

18. Le 15 mars 2013, sur mandat de l'assurance-accidents, le docteur F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assuré.

19. Dans son rapport d'expertise du 18 mars 2013, le médecin a retenu les diagnostics de status après traumatisme de la voie publique, avec rupture du sus et sous-épineux de l'épaule droite, de status après intervention chirurgicale, de capsulite rétractile modérée avec syndrome algique de l'épaule droite et de persistance d'une petite déchirure au niveau du sous-épineux droit, sans rétraction, pouvant expliquer la symptomatologie toujours présente. Ces diagnostics résultaient entièrement de l'accident. L'assuré gardait une épaule douloureuse, fatigable et faible, empêchant la reprise du travail. Les douleurs résiduelles étaient occasionnées par les mouvements de l'épaule lors d'amplitudes extrêmes, de répétitions et d'usage de la force. L'expert préconisait une révision chirurgicale de la coiffe des rotateurs, avec une résection complémentaire de l'articulation acromio-claviculaire, afin de traiter la perforation résiduelle de la partie antérieure du sous-épineux mise en évidence par un arthro-scanner le 21 mars 2013. À son avis, sans changement d'orientation thérapeutique, l'évolution se ferait vers une chronicisation des plaintes. En l'état, l'assuré restait inapte au travail.

Invité par l'assurance-accidents à répondre aux questions portant notamment sur la capacité de gain de l'assuré, le Dr F \_\_\_\_\_ a répondu le 6 juin 2013 qu'il s'était intentionnellement abstenu de le faire parce qu'il existait deux possibilités thérapeutiques (reprise chirurgicale ou abstention). Si l'on renonçait à une intervention chirurgicale, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, l'assuré n'étant pas capable d'effectuer des tâches manuelles en raison de la diminution de la force, de la fatigabilité engendrée par les mouvements répétitifs et des douleurs. La reprise au moins à temps partiel d'une activité ménageant l'usage du membre supérieur lésé était envisageable, par exemple celle de gardien de musée. L'atteinte à l'intégrité était fixée à 25%, vu la

sévérité de la périarthrite scapulo-humérale. 20. Le 17 juin 2013, après avoir pris connaissance de l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué qu'à son sens, une nouvelle prise en charge chirurgicale ne s'imposait pas en l'état. En effet, l'arthro-scanner réalisé le 21 mars 2013 avait montré l'intégrité du tendon du sus-épineux et uniquement une petite fissuration de la partie antérieure du tendon infra-épineux. En outre, l'assuré suivait une reconversion professionnelle pour devenir chauffeur. Sa formation s'effectuait dans d'excellentes conditions, car il était très motivé et venait de passer le permis requis. La nécessité d'une arthroscopie devrait éventuellement être rediscutée en cas de nouvelles douleurs ou de péjoration.

21. Interrogé une nouvelle fois par l'assureur, l'employeur de l'assuré a répondu en date du 26 juillet 2013 avoir engagé l'intéressé en qualité de responsable de cuisine. Le salaire de CHF 5'500.- précédemment indiqué correspondait au salaire conventionnel, réduit de 10% durant les six premiers mois de l'engagement, conformément à la convention collective nationale de travail (CCNT). Dès le 7<sup>ème</sup> mois, il se serait élevé à CHF 6'050.- ; dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en raison de la modification de la CCNT, il aurait été complété par un 13<sup>ème</sup> salaire ; par la suite, il aurait évolué conformément à la CCNT et aux usages.

22. Le 16 août 2013, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a confirmé que l'activité habituelle n'était plus exigible. L'assuré avait une épaule douloureuse, fatigable et faible. La capacité de travail dans une activité adaptée devait en revanche être considérée comme totale à l'issue d'un laps de temps de trois mois après l'intervention du 20 décembre 2012. Les limitations fonctionnelles excluaient travail bras au-dessus de la tête et port de charges.

23. Le 4 mars 2014, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il lui octroyait un placement à l'essai dans une entreprise de taxis du 1<sup>er</sup> février au 30 juin 2014. Pendant cette période, il percevrait des indemnités journalières. Les frais de formation de chauffeur seraient également pris en charge.

24. Interrogé par l'assurance-accidents, le Dr F\_\_\_\_\_ a répondu le 5 juin 2014 que la capacité de travail de l'assuré était totale en tant que gardien de musée, pour autant qu'aucune activité de nettoyage ne soit exigée ; elle était de 50% dans une activité de téléphoniste ou réceptionniste sans usage répétitif du membre supérieur dominant ; elle était nulle dans l'industrie manufacturière légère (conditionnement de produit et emballage), dans le transport de personnes, dans la vente au détail et dans un service administratif, tel que la distribution de courrier dans une entreprise.

25. Lors d'un bilan intermédiaire, en mars 2014, l'assuré a déclaré que tout allait bien (cf. note de l'OAI du 14 novembre 2014).

26. Le 17 juin 2014, suite à une recrudescence des douleurs, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

27. Dans un rapport du 8 septembre 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué qu'aux dires de l'assuré, les douleurs persistantes l'empêchaient d'exercer une activité à plus de 40%. D'un point de vue clinique, le testing de l'épaule était douloureux, mais la coiffe des rotateurs était compétente. La dernière arthro-IRM révélait une parfaite intégration du tendon. Il existait toutefois une infiltration graisseuse de stade II à III du sous-épineux, qui pouvait engendrer une faiblesse et des douleurs persistantes. Selon ce spécialiste, l'état de l'assuré ne devait pas se dégrader, mais il n'était pas certain que les douleurs disparaissent avec le temps.

28. Dans un rapport du 18 décembre 2014, la Dresse C\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de status post-lésion traumatique de la coiffe droite des rotateurs aux dépens du tendon sus-épineux et infra-épineux, de tendinopathie de l'insertion du long chef du biceps et d'acropathie acromio-claviculaire ayant justifié l'intervention de décembre 2012. Le médecin a également mentionné, en

précisant qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail, un syndrome métabolique et un status post-infarctus du myocarde. La persistance des douleurs et la faiblesse empêchaient l'assuré d'exercer une activité au-delà de 40%, selon ses dires. L'activité était exigible à 50%, selon le médecin. [endif]>[if> 29. Dans un rapport du 19 décembre 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a qualifié l'état de l'assuré de stationnaire. Il a indiqué que les questions en lien avec la capacité de travail et la reprise d'une activité n'étaient plus de son ressort. [endif]>[if> 30. Selon l'extrait de compte individuel que l'OAI s'est procuré le 10 juillet 2015, l'assuré a réalisé en tant qu'indépendant des revenus de CHF 18'900.- en 2006, CHF 39'700.- en 2007, CHF 18'900.- en 2008, CHF 8'991.- en 2009, CHF 25'800.- en 2010 et CHF 22'900.- en 2011, année lors de laquelle il a également réalisé des revenus de CHF 5'500.- et CHF 3'734.- en tant que salarié. [endif]>[if> 31. Saisie d'un recours contre la décision de l'assurance-accidents de confier une expertise à la Clinique romande de réadaptation (CRR), soit au docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, la Cour de céans l'a rejeté par arrêt du 16 juin 2016 ( ATAS/489/2016 ). Sans préjuger de la valeur probante de l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, elle a relevé que cet expert avait conclu à une incapacité de travail totale, en particulier dans les domaines du transport de personnes. Or, l'assuré avait obtenu un permis de chauffeur et avait été placé à l'essai auprès d'une société de taxi par l'OAI. Au vu de cette contradiction, la mise en œuvre d'une évaluation pluridisciplinaire par l'assurance-accidents apparaissait justifiée. Par ailleurs, il n'existait aucun motif suffisant de prévention à l'encontre de la CRR et/ou du Dr H\_\_\_\_\_.

[endif]>[if> 32. L'assuré a séjourné à la CRR du 7 au 9 novembre 2016. [endif]>[if> Dans leur rapport du 11 novembre suivant, les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics primaires de douleurs persistantes de l'épaule droite après accident le 28 juin 2011 et chirurgie arthroscopique. Ils ont mentionné les comorbidités suivantes : obésité (E 66.99), hypertension artérielle traitée (I 10.90), diabète de type II non insulino-dépendant (E 11.90), hypercholestérolémie traitée (F 78.0), syndrome d'apnées du sommeil (G 47.3) et tabagisme à plus de 40 UPA (F 17.1). Les experts ont rappelé le contenu du dossier médical et relaté les plaintes de l'intéressé. L'assuré travaillait environ quatre heures par jour le matin comme chauffeur indépendant de taxis et limousines. Le stage s'était très bien passé s'agissant de la théorie, mais lors de la pratique, les douleurs s'étaient réveillées. L'assuré évaluait sa capacité de travail comme chauffeur à 50%. Après le status clinique et l'étude des documents radiologiques, les experts de la CRR ont relevé qu'à l'examen physique, l'assuré s'était montré cohérent et collaborant, ne donnant à aucun moment l'impression d'amplifier ses troubles. La mobilité passive de l'épaule était relativement bonne, si l'on faisait abstraction d'un frein algique, en particulier en rotation interne. La coiffe paraissait compétente, même si sa sollicitation par les manœuvres appropriées était douloureuse. L'arthro-IRM à disposition ne montrait pas de nouvelle rupture de la coiffe. Il existait un remaniement post-chirurgical de l'acromio-claviculaire et dégénératif du trochiter. Lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles, l'assuré avait moins bien collaboré qu'au cours de l'approche médicale. Le score de 67 atteint au Performance Assessment and Capacity Testing (PACT) donnait à penser qu'il ne pouvait se consacrer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu des résultats obtenus au cours des tests, on devait admettre que l'assuré sous-estimait considérablement ses aptitudes fonctionnelles. Il était en effet capable de manipuler des charges allant de 2.5 à 12.5 kg, mais il se limitait continuellement au motif d'une douleur et mettait fin à la tâche avant que l'évaluateur n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. La fréquence cardiaque ne dépassait jamais les 92 battements

par minute (pour une fréquence maximale théorique à 130), mais cette faible excursion était probablement liée à la médication cardiotrope. La volonté de donner le maximum aux différents tests était jugée incertaine et le niveau de cohérence moyen. Le niveau de performance léger déterminé par l'évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) reflétait finalement l'effort que l'assuré avait bien voulu consentir, et non ses aptitudes réelles. L'évaluation en atelier professionnel (EAP) laissait plus de liberté que l'ECF à l'assuré, qui pouvait adapter ses positions et mieux moduler ses aptitudes pour pallier son handicap. Les tests étaient plus ludiques et suscitaient généralement plus d'intérêt. Ainsi, le test de Valpar, consistant en un tri de pièces, faisait appel à des aptitudes cognitives et permettait d'évaluer la dextérité fine monomanuelle, la vitesse d'exécution et la précision. Avec sa main gauche non lésée, l'assuré terminait le tri de 180 pièces en près de 11 minutes avec 5 erreurs, ce qui le situait dans la moyenne faible (80%). Avec sa main droite (main dominante du côté lésé), il mettait une minute de moins avec 4 erreurs, ce qui le situait dans la moyenne (88%), mais légèrement en-dessous du standard exigé dans l'industrie. Ces résultats ne répondaient pas aux exigences de précision (3 erreurs au maximum). Le résultat était un peu identique au Valpar 2, consistant à visser 72 boulons. L'assuré l'avait réalisé en 31 minutes, soit deux minutes en-dessous de la norme CRR. Le démontage était effectué en 19 minutes, ce qui le situait légèrement en-dessous de la norme CRR de 18 minutes. On pouvait conclure à une collaboration adéquate. L'assuré intégrait son membre supérieur droit dans l'ensemble des activités. Il possédait de nombreuses ressources pour mener à bien la tâche et il était capable de mettre en place des stratégies efficaces d'épargne de son épaule droite. Même s'il sous-estimait grandement ses capacités, comme en témoignait le PACT, le rendement était globalement dans la norme sur des activités légères, sans dégradation de la performance au fil du temps. L'évaluation en ergothérapie révélait un pourcentage d'utilisation fonctionnelle de la main de 72% par rapport à la main saine. La limitation était peu marquée au plan de la mobilité et de la force de préhension. Elle l'était beaucoup plus pour le déplacement d'objets, surtout en prise monomanuelle. L'observation montrait clairement une fatigabilité du membre supérieur droit lors des mouvements répétitifs, avec une augmentation des douleurs, qui apparaissaient également lorsque l'assuré devait agir en zone haute, au-delà d'une flexion d'épaule de 90°, et au port de charges. En conclusion, l'accident de juin 2011 avait eu pour principale conséquence une contusion de l'épaule droite, dominante. En décembre 2011, une intervention avait réparé une lésion de la coiffe des rotateurs et permis une levée de conflit sous-acromial. Ce geste s'était compliqué d'intenses douleurs durant les premiers mois. Avec le temps, ces douleurs s'étaient estompées, sans disparaître totalement. Deux ans après l'intervention, à la fin de l'année 2013, l'évolution s'était stabilisée et les traitements n'avaient plus exercé d'influence. Malgré une coiffe des rotateurs compétente et un aspect IRM rassurant de l'articulation gléno-humérale, l'assuré présentait des séquelles douloureuses et fonctionnelles. Même s'il sous-estimait ses capacités, on ne relevait pas d'incohérence majeure au cours de l'examen médical et des épreuves fonctionnelles, et le handicap qu'il affichait était en accord avec les données objectives. Les limitations intéressaient les mouvements actifs d'élévation antérieure et d'abduction au-delà de 90°. Ces mouvements étaient particulièrement limités lorsqu'ils étaient associés à une rotation interne ou externe de l'épaule. Par ailleurs, le port de charges impliquant le membre supérieur droit ne pouvait se faire que bras collé au corps, ce qui restreignait considérablement les possibilités d'implication. Enfin, il existait une diminution de l'endurance pour les activités sollicitant constamment les membres supérieurs. Dans l'activité de chauffeur de taxi, un rendement de 50% pouvait être admis.

Ce rendement était nettement moindre (25% au plus) dans l'activité de restauration exercée avant l'accident. D'un point de vue médico-théorique, le rendement pourrait être meilleur (70%) dans une activité épargnant davantage le membre supérieur : travail à un établi, dans la petite mécanique, respectant les limitations décrites. Dans une activité de surveillance ou une activité simple ne sollicitant que le membre supérieur gauche, le rendement pourrait être complet. 33. Le 13 février 2017, la doctoresse J\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a conclu à un rendement exigible de 50% dans une activité de chauffeur de taxi, et de 100% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles (surveillant ou autre activité simple) dès le 16 août 2013. En effet, la mise en situation avait mis en évidence une capacité de travail totale dans une activité simple respectant les limitations fonctionnelles. 34. Par décision du 12 avril 2017, l'assurance-accidents a mis un terme à sa prise en charge du traitement médical et au versement d'indemnités journalières avec effet au 31 janvier 2014. Pour le surplus, elle a reconnu à l'assuré, à compter du 1<sup>er</sup> août 2014, le droit à une rente d'invalidité de 34%, calculée sur un gain assuré de CHF 66'000.-, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 25%. Le taux d'invalidité a été obtenu en comparant le revenu que l'assuré aurait réalisé en 2014 sans invalidité (CHF 79'751.10, après indexation) à celui qu'il aurait pu obtenir la même année dans l'exercice d'une activité à plein temps de téléphoniste dans un centre d'appels, de réceptionniste chargé de l'accueil de la clientèle et de petits travaux administratifs ou d'employé dans une société de location de véhicules (CHF 55'896.-, montant correspondant au salaire statistique dans des activités de services administratifs et de soutien [TA1\_tirage\_skill level, niveau de compétences 1, ESS 2014, lignes 77 à 82], soit, considérant la durée normale de travail de 41.7 h./sem. en 2014, CHF 58'271.60), après réduction de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'intéressé. Le revenu d'invalidité ainsi obtenu s'élevait au final à CHF 2'444.40. Ce taux d'invalidité a été confirmé sur opposition par l'assurance-accidents le 24 août 2017, dont la décision a été portée par l'assuré devant la Cour de céans. 35. Le 30 mai 2017, l'OAI a procédé à son tour au calcul du degré d'invalidité de l'assuré. S'agissant du revenu d'invalidité, il s'est référé au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour un homme (ESS 2012, TA1\_tirage\_skill\_level, total, niveau 1) et l'a fixé à CHF 5'210.-, ce qui l'a conduit, après adaptation à la durée normale de travail de 41.7 h./sem. en 2012, à un revenu annuel de CHF 65'177.- à 100%, ramené à CHF 55'401.- après abattement de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère était exigible. Quant au revenu avant invalidité, il a été fixé, sur la base des indications de l'employeur, à CHF 70'265.- en 2012 (soit CHF 5'409.- versé 13 fois). Le degré d'invalidité découlant de la comparaison était de 21.15%. 36. Le 30 mai 2017, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit aux prestations. Le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir droit à une rente et des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées, car non susceptibles de diminuer le dommage. 37. Le 6 juillet 2017, l'assuré a contesté ce projet de décision en invoquant l'expertise de la CRR, le fait qu'il soit âgé de plus de 60 ans, ses comorbidités (obésité, diabète et apnées du sommeil) et son degré d'illettrisme, problématique pour toute activité administrative. Il considérait donc avoir droit à un trois quarts de rente. 38. Par décision formelle du 23 octobre 2017, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré en relevant que ce dernier n'avait pas atteint l'âge à partir duquel une réinsertion est considérée comme irréaliste selon la jurisprudence. Ses limitations fonctionnelles avaient été prises en compte et la maîtrise du français n'était pas un critère de réduction du revenu statistique, de sorte

que l'abattement de 15% était confirmé.![endif]>![if> 39. L'assuré a également interjeté recours contre cette décision en date du 27 novembre 2017. Il conclut, sous suite de dépens, à ce qu'il soit autorisé à prouver qu'il souffre d'un degré d'illettrisme l'empêchant d'exercer des activités administratives et, quant au fond, à l'octroi d'un trois quarts de rente dès le 10 février 2013, subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente dès le 10 février 2013.![endif]>![if> Le recourant conteste la capacité de travail retenue sur la base de l'avis du SMR. Il fait valoir que la CRR a admis un rendement de 70% dans une activité telle que le travail à un établi ou dans la petite mécanique et qu'elle n'a du reste pas motivé ce taux, en contradiction avec celui retenu par le Dr F\_\_\_\_\_, qui avait, lui, conclu à une capacité de travail de 50% pour les activités ménageant le membre supérieur lésé. Le recourant allègue ne disposer que d'une capacité de 50%, que ce soit dans une activité de chauffeur ou toute autre activité non monomanuelle. Il reproche à l'intimé de n'avoir pas indiqué quelle activité serait concrètement adaptée. Il argue que la conclusion de la CRR, selon laquelle le rendement serait complet dans une activité monomanuelle est théorique et n'examine pas si une telle activité lui serait accessible à l'aune d'un marché du travail équilibré. A cet égard, il rappelle qu'il est âgé de plus de 60 ans et émet des doutes quant à l'existence d'une activité monomanuelle envisageable étant entendu qu'il ne peut ni écrire, ni porter de charges, qu'il n'a aucune formation, hormis celle de chauffeur, qu'il souffre de plusieurs autres atteintes et que des risques cardio-vasculaires importants l'empêchent d'exercer toute activité physique. Il fait valoir que l'évaluation en atelier professionnel a notamment révélé des difficultés concernant ses capacités attentionnelles. Il ajoute qu'il n'est pas en mesure d'exploiter ses aptitudes fonctionnelles en raison d'une faible image de lui-même. Dès lors, exiger de lui une nouvelle reconversion professionnelle à son âge serait à son avis irréaliste. S'agissant du revenu sans invalidité, le recourant soutient que le salaire retenu par l'intimé ne correspond pas aux indications de son employeur qui, le 26 juillet 2013, mentionnait un revenu de CHF 78'650.- en 2012 qui, adapté à l'évolution nominale des salaires dans le secteur de l'hébergement et de la restauration, conduit à un salaire de CHF 79'751.10 en 2014. Quant au revenu avec invalidité, il répète ne pas voir quelle activité comprise dans le tableau TA1 pourrait être considérée comme une activité de surveillance ou simple pouvant être exercée de manière monomanuelle. Selon lui, le nombre d'activités monomanuelles est extrêmement bas, alors que l'évaluation du revenu avec invalidité devrait reposer sur un choix large d'activités adaptées. Or, la quasi-totalité des activités du TA1 est incompatible avec ses limitations. Enfin, le recourant fait valoir que l'abattement ne tient compte ni de son âge, ni des années d'éloignement du marché du travail et de son illettrisme. Selon lui, c'est une réduction de 25% qui devrait être opérée. 40. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 2 janvier 2018, a conclu au rejet du recours. ![endif]>![if> Selon lui, le salaire statistique peut également fonder le revenu après invalidité dans des activités monomanuelles légères. Le recourant avait 60 ans au moment du rapport d'expertise de la CRR. Compte tenu du contexte personnel et professionnel, la mise en valeur d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état de santé est objectivement exigible. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé considère que le courrier de l'employeur du 26 juillet 2013 ne modifie en rien ses conclusions. L'employeur lui avait fait part d'un revenu mensuel de CHF 5'500.- (et non de CHF 5'409.-), ce qui porte le revenu sans invalidité à CHF 71'500.- et le taux d'invalidité global à 22%. Enfin, l'abattement de 15% ne prête pas flanc à la critique, puisqu'il tient compte des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère est possible. 41. Par écritures du 30 janvier 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions.![endif]>![if> 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), 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<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). 4. Le litige, tel que circonscrit par les conclusions du recourant, porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> 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 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 6. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine malade non-professionnelle. Encore faut-il, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'assurance-accidents, que celle-ci ait fait

l'objet d'une décision passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2). Ces principes valent également lorsqu'à l'inverse, la décision de l'assurance-accidents est postérieure à celle de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/00 du 16 mars 2001 consid. 5b).

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 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.

8. 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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).

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 non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 9.

L'art. 16 LPGa 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). On n'admettra d'exceptions à ce principe que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de 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. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2007 du 8 mai 2008 consid. 4.1). 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). 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). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_849/2007 du 22 juillet 2008 consid. 5.2). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (ATF 123 V 230 consid. 3c), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 et 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2).

L'assurance-invalidité n'a pas à répondre du fait qu'un assuré ne trouve plus d'emploi adapté à ses atteintes à la santé en raison de son âge. Dans le cadre de l'examen de l'exigibilité qu'imposent tant la notion de marché du travail équilibré que le devoir de réadaptation - examen qui interdit de partir d'hypothèses irréalistes, l'âge avancé ne constitue toutefois pas un facteur étranger à l'invalidité mais fait partie des caractéristiques qui, cumulées aux circonstances personnelles et professionnelles, peuvent avoir pour conséquence que la capacité résiduelle de gain de l'assuré n'est de manière réaliste plus demandée sur le marché équilibré du travail et que sa mise en valeur n'est plus exigible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.). Le Tribunal fédéral a considéré que le seuil dès lequel on peut parler d'âge avancé se situe à 60 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Ces principes ont donné lieu à la casuistique suivante. Dans le cas d'une assurée à quelques mois de l'obtention d'une rente de vieillesse, ayant travaillé durant plus de quarante ans comme coiffeuse et sans expérience professionnelle dans d'autres domaines, présentant de plus diverses allergies, le Tribunal fédéral a confirmé que les chances de trouver un emploi étaient minimales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 462/02 du 26 mai 2003 consid. 3.2). Notre Haute Cour a considéré qu'on ne pouvait exiger d'une assurée âgée de 61 ans et cinq mois qu'elle reprenne le travail (arrêt du Tribunal fédéral

9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 5.4), ni d'une assurée de 63 ans et 10 mois (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3), ou d'un assuré de 63 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.4). S'agissant d'une assurée de 61 ans et un mois au moment de la décision litigieuse et n'ayant pas travaillé depuis 1978, sans autre expérience que dans le nettoyage et la conciergerie, le Tribunal fédéral a retenu qu'elle n'était pas en mesure de retrouver un emploi léger et adapté à son handicap sur un marché équilibré du travail, tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire, privilégiant la position assise et les déplacements plutôt à plat, sans inclinaison vers l'avant ni port de charges supérieures à 5 kilos (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.3). Pour un assuré de près de 60 ans, ayant uniquement travaillé en tant que menuisier et agriculteur indépendant, la reprise d'un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles a été exclue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Il n'a pas non plus été jugé exigible d'un assuré de 63 ans qu'il abandonne l'emploi qu'il exerçait à 50 % pour se lancer dans une recherche hasardeuse d'un emploi correspondant à sa capacité résiduelle de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1034/06 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.3.2). En revanche, le seuil à partir duquel on peut exclure une possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré a été considéré comme non atteint pour des assurés âgés de 58 ans (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2 et 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.3). Tel est également le cas pour un assuré âgé de 60 ans au moment de la décision litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2). De même, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail d'un assuré de 57 ans, pouvant exercer à plein temps une activité épargnant son dos, sous réserve d'une diminution de rendement de 20%, n'était pas illusoire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 3.3 et 3.4). Il n'est pas non plus irréaliste de considérer qu'une assurée âgée de 59 ans et 11 mois, au bénéfice d'une formation universitaire dans son pays d'origine, ayant travaillé en qualité d'aide-comptable puisse retrouver un tel emploi, adapté à ses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_897/2012 du 21 mai 2013 consid. 4.1).

11. a) Il convient en préambule de souligner que la décision de l'assurance-accidents fait également l'objet d'un recours et n'est donc pas entrée en force. Dès lors, le degré d'invalidité qu'elle a retenu ne lie pas l'intimé et la Chambre de céans. Il est quoi qu'il en soit inférieur au taux ouvrant le droit à une rente conformément à l'art. 28 LAI.!

b) Dans un rapport comprenant tous les éléments requis par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, les médecins de la CRR ont conclu à un rendement complet dans une activité simple ne sollicitant que le membre supérieur gauche. Il n'existe par ailleurs pas de rapport médical justifiant que l'on s'écarte de ces conclusions. S'agissant de l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, la Chambre de céans a déjà relevé que la capacité de travail retenue paraissait en contradiction avec l'aptitude à tout le moins partielle démontrée par le recourant lors de sa reconversion en tant que chauffeur de taxi. Ce spécialiste s'est du reste abstenu dans un premier temps de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, avant de concéder une pleine capacité dans une activité de gardien de musée - ce qui paraît correspondre aux conclusions de la CRR quant à la possibilité d'exercer à plein temps une activité de surveillance. Les médecins traitants n'amènent pas non plus d'argument mettant en doute l'avis des Drs I\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. Le Dr E\_\_\_\_\_ a énoncé, en août 2012, des limitations fonctionnelles analogues à celles retenues par la CRR, sans retenir de diminution de la capacité de travail. Quant au Dr D\_\_\_\_\_, il ne s'est plus formellement prononcé sur ce

point dans ses rapports postérieurs à novembre 2012. Il s'est contenté, en septembre 2014, de renvoyer à la capacité de travail telle que l'estimait son patient, avant de déclarer, en décembre 2014, que cette question n'était plus de sa compétence. Les griefs du recourant quant à l'appréciation de sa capacité de travail par les médecins de la CRR ne résistent pas à l'examen. En particulier, son reproche quant à l'absence de motivation du taux de 70% retenu pour une activité à l'établi ou dans la petite mécanique est infondé. En premier lieu, on soulignera que cette évaluation est plutôt favorable au recourant, dès lors qu'il a, selon les résultats de l'EAP, pu s'acquitter des tâches qui lui étaient confiées avec les deux mains avec un faible déficit par rapport à la norme et que son rendement s'est révélé globalement normal, sans diminution au fil du temps dans des activités légères. En outre, l'estimation de la capacité de travail dans une telle activité n'est pas décisive dans la présente procédure, puisque ce n'est pas sur ce taux que s'est appuyé l'intimé pour déterminer le droit aux prestations. Il n'existe ainsi pas de motif de s'écarter des conclusions de la CRR, à savoir une capacité de travail entière dans une activité simple, telle que la surveillance. c) Selon l'intimé, cette pleine capacité remonte au 1<sup>er</sup> avril 2012. Cette date correspond certes à l'exigibilité admise par le Dr G\_\_\_\_\_ dans son rapport du 16 août 2013. Elle n'est cependant étayée par aucun autre rapport et n'est absolument pas motivée. La Dresse J\_\_\_\_\_ s'en est du reste écartée dans son avis du 13 février 2017, puisqu'elle a fait remonter le début de la capacité à la date de l'avis du Dr G\_\_\_\_\_. Ni le Dr F\_\_\_\_\_, ni les médecins de la CRR n'ont expressément indiqué à partir de quelle date la reprise d'une activité adaptée était exigible. Les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ont toutefois exposé que l'état du recourant était stabilisé fin 2013 au plan médical. 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 ; cf. également ATAS/784/2016 du 29 septembre 2016 consid. 11). Par conséquent, ce n'est qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014, soit à la stabilisation de son état de santé, que la reprise d'une activité adaptée pouvait être exigée de l'assuré. Jusqu'alors, sa capacité de gain doit être considérée comme nulle et, par voie de conséquence, son degré d'invalidité comme total. Conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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. Partant, le recourant a en principe droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> février 2013 (soit six mois après le dépôt de sa demande en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI) au 31 mars 2014, étant précisé que, dès lors qu'il a perçu des indemnités journalières du 1<sup>er</sup> février au 30 juin 2014, durant sa formation de chauffeur de taxi, le droit à la rente est suspendu à compter du 1<sup>er</sup> février 2014. En effet, conformément aux art. 29 al. 2 et 43 al. 2 LAI, le versement d'une indemnité journalière prime sur l'octroi d'une rente. d) Il convient à présent d'examiner ce qu'il en est de la période postérieure au 31 mars 2014. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé n'a pas précisé sur quels éléments il s'était fondé pour retenir le montant de CHF 5'409.-, alors que l'ancien employeur du recourant a pourtant fait état d'un salaire de CHF 5'500.- pour

2011 (cf. son courrier du 31 octobre 2012). Il y a en outre lieu de se référer aux précisions fournies par l'employeur dans son courrier de juillet 2013 à l'assurance-accidents, selon lesquelles le recourant aurait perçu un salaire de CHF 6'050.- par mois versé 13 fois l'an dès le septième mois après son engagement, soit dès 2012. Le revenu sans invalidité se serait ainsi élevé à CHF 79'384.- après indexation en 2014. En ce qui concerne l'exploitation de la capacité de gain médico-théorique, il faut constater que le recourant était âgé de 60 ans lorsque les médecins de la CRR ont rendu leur rapport. Il n'avait ainsi pas atteint le seuil tracé par la jurisprudence, au-delà duquel une réinsertion professionnelle paraît irréaliste, même sur un marché du travail équilibré. S'agissant des autres critères quant à l'exigibilité d'une reconversion, le recourant semble disposer de bonnes ressources adaptatives, comme en témoignent notamment le passage à une activité salariée en 2011 après des années de travail en qualité d'indépendant et le succès de la formation de chauffeur qu'il a suivie en 2014. Ses allégations sur sa faible image de soi et l'incidence de ses comorbidités ne sont étayées par aucun document médical. On doit ainsi admettre que la mise en valeur d'une capacité de travail entière dans une activité simple ne sollicitant pas le membre supérieur droit, par exemple dans la surveillance, est exigible. L'illettrisme allégué ne paraît pas non plus être un obstacle à l'exercice d'une telle activité, puisqu'il n'a empêché le recourant ni de tirer profit de cours d'informatique - qu'il dit avoir appréciés -, ni de suivre le volet théorique dans le cadre de sa formation de chauffeur. Partant, retenir comme l'a fait l'intimé que le recourant est à même de réaliser un revenu d'invalidité à plein temps ne prête pas flanc à la critique. C'est également à juste titre que l'intimé s'est fondé sur le salaire statistique correspondant à des activités simples et répétitives (TA1\_sill\_level) pour fixer ce revenu. Le recourant le conteste, au motif que seule une activité monomanuelle serait envisageable. Cet argument tombe cependant à faux. En effet, selon la jurisprudence, cette valeur statistique s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a à plusieurs reprises admis que le revenu d'invalidité soit fixé en référence à ce revenu dans le cas d'activités monomanuelles légères (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.3 et 8C\_670/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3). Partant, il n'était pas nécessaire que l'intimé détermine précisément les activités entrant en ligne de compte eu égard aux limitations fonctionnelles du recourant. Conformément à l'ESS 2014, le revenu d'invalidité est ainsi de CHF 5'312.- par mois et CHF 63'744.- par année, et de CHF 66'453.10 une fois adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures en 2014. L'intimé a procédé à un abattement de 15% sur ce revenu. Ce faisant, il est resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation, même si cette déduction se situe dans la limite inférieure de la fourchette. Partant, la chambre de céans ne peut substituer sa propre appréciation (cf. ATF 132 V 393 consid. 3.3). Après abattement, le revenu d'invalidité est de CHF 56'485.15. La comparaison avec le revenu sans invalidité aboutit à un degré d'invalidité de 28.85 %, insuffisant pour maintenir le droit à une rente à partir du 1<sup>er</sup> avril 2014. On notera du reste que, même en retenant l'abattement maximal de 25%, le taux d'invalidité serait inférieur à 40%. En effet, le revenu d'invalidité s'élèverait dans cette hypothèse à CHF 49'840.- et la perte de gain à 37.22%. 12. Le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPG). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI),

l'intimé supporte l'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.