

GE_GERICHTE A/4933/2017 vom 8. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4933_2017

FR: GE_GERICHTE A/4933/2017 du 8 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE A/4933/2017 del 8 ottobre 2018

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié aux AVANCHETS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN 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), né le _____1982, albanais du Kosovo, titulaire d'un livret C depuis le 22 août 2016, a travaillé dès le 8 octobre 2013 en tant qu'aide-peintre à 100 % auprès de B_____, titulaire C_____, selon un horaire hebdomadaire de quarante et une heures, ainsi qu'un salaire horaire de CHF 26.-. A ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : la SUVA ou l'intimée).! [endif]> [if> 2. Le mercredi 27 novembre 2013, à 14h00, il a été victime d'un accident professionnel sur un chantier. Selon la déclaration de sinistre du 29 novembre 2013, l'assuré a fait une chute dans les escaliers et s'est fracturé la cheville droite.! [endif]> [if> 3. Par courrier du 4 décembre 2013, la SUVA a alloué des prestations d'assurance pour les suites de cet accident. Elle a versé une indemnité journalière de CHF 121.50 dès le 30 novembre 2013 sur la base d'un salaire annuel de CHF 55'432.-.! [endif]> [if> 4. Selon la lettre de sortie du 19 décembre 2013 consécutive au séjour du 27 novembre 2013 au 10 décembre 2013 au service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assuré a d'abord consulté l'hôpital de la Tour à Meyrin où une radiographie a révélé une fracture comminutive du tibia et du péroné droits avec atteinte intra-articulaire. Il a été transféré aux HUG pour prise en charge chirurgicale où, en raison de l'œdème important, il a décidé de pratiquer l'ostéosynthèse de la cheville droite en deux opérations, à savoir une ostéosynthèse postérieure par réduction chirurgicale à ciel ouvert avec fixation interne postéro-latérale (ORIF), le 4 décembre 2013, et une ostéosynthèse médiale, le 6 décembre 2013. Un arrêt de travail a été accordé à 100 % du 27 novembre 2013 au 27 janvier 2014, puis prolongé jusqu'au 10 mars 2014.! [endif]> [if> 5. Dans un rapport du 11 mars 2014, le docteur D_____, chirurgien orthopédique FMH, a diagnostiqué une fracture du pilon tibial droit opérée. L'assuré présentait une diminution importante des mobilités de la cheville droite et un enraidissement important de l'articulation sous-astragalienne droite. Il ne pourrait probablement pas reprendre son métier de plâtrier-peintre et il convenait d'envisager un recyclage assez tôt. Il y avait à craindre un dommage permanent, mais il était trop tôt pour le définir.! [endif]> [if> 6. Dans son rapport du 17 avril 2014, le spécialiste en réinsertion de la SUVA, faisant suite à son entretien du même jour avec l'assuré, a remis à celui-ci une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adulte. L'assuré n'avait pas de formation de base et avait appris le métier de peintre en bâtiment « sur le tas ». Il était arrivé en Suisse en 2010. De septembre 2011 à juillet 2013, il avait travaillé comme monteur en

échafaudage.![endif]>![if> 7. Dans un rapport du 23 septembre 2014, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré boitait encore, avait mal en marchant et ne présentait aucune résistance à l'effort. Il y avait un « enraidissement des mobilités ». Les douleurs probables étaient dues au matériel d'ostéosynthèse. L'assuré ne pourrait probablement pas reprendre un travail de force. Il a proposé de convoquer l'assuré pour un bilan médical.![endif]>![if> 8. A la suite du dépôt par l'assuré le 29 avril 2014 d'une demande de prestations AI, par communication du 10 novembre 2014, l'office AI du canton de Genève (ci-après : OAI) a considéré dans le cadre de la détection précoce que des mesures d'ordre professionnel n'étaient actuellement pas indiquées. En revanche, il a pris en charge des cours de français-emploi qui ont eu lieu du 25 août au 21 octobre 2014, soit pendant cent vingt heures. Selon le bilan desdits cours, à l'oral, l'assuré était capable d'entretenir une conversation de base concernant son identité et son environnement proche. Il devait encore enrichir son vocabulaire. A l'écrit, il pouvait lire et comprendre des documents relatifs à la vie courante et à des sujets sur le quotidien, rédiger un bref message, mais son écrit restait sommaire et phonétique. Il n'avait pas encore acquis le niveau débutant A1.![endif]>![if> 9. L'assuré a séjourné au département de chirurgie des HUG du 2 au 3 juin 2015 pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après : AMO) qui a eu lieu le 2 juin 2015. Selon la lettre de sortie des HUG du 8 juin 2015, tout le matériel avait été enlevé tant à la malléole interne, en particulier la vis cassée, qu'à la malléole externe sauf la vis de rappel. En revanche, le matériel avait été laissé à la malléole postérieure. Un arrêt de travail à 100 % était accordé du 2 juin au 2 juillet 2015.![endif]>![if> 10. L'assuré a séjourné au département de chirurgie des HUG du 10 au 17 juin 2015 Selon le compte-rendu opératoire des HUG du 15 juin 2015, l'assuré avait été opéré en urgence, le 11 juin 2015, en raison d'un abcès sous-cicatriciel à la malléole externe droite. L'intervention avait consisté en un drainage d'abcès et un lavage de la plaie. L'arrêt de travail à 100 % était prolongé jusqu'au 27 juillet 2015.![endif]>![if> 11. L'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 24 novembre 2015 au 22 décembre 2015 pour rééducation intensive, ainsi qu'évaluation multidisciplinaire et professionnelle en vue de la clôture du cas. Dans le rapport de la CRR du 15 janvier 2016, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, a précisé qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour, en particulier qu'aucune psychopathologie n'avait été retenue. Les plaintes et les limitations fonctionnelles consistaient en douleurs localisées au niveau du tiers distal de la jambe droite, péjorées par la marche, la position debout prolongée et le maintien des pieds en parallèle. Elles empiraient au cours de la journée, à l'effort, et étaient associées à une raideur de la cheville droite. L'assuré se fatiguait vite et n'était jamais arrivé à marcher sans cannes. Ses plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives. Des facteurs contextuels avaient un effet négatif sur les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré et influençaient défavorablement le retour au travail, tels que la sous-estimation de ses aptitudes fonctionnelles, la présence de quelques symptômes de la ligne anxio-dépressive, la tendance au catastrophisme, une certaine kinésiophobie (peur du mouvement) et la manière passive de faire face à son processus de rééducation. Au terme du séjour, l'assuré présentait une amélioration de la qualité de la marche qui s'effectuait avec une canne en alterné, avec une tendance moindre à la rotation externe du pied droit. Les limitations fonctionnelles provisoires retenues étaient la marche sur terrain irrégulier, la marche à plat, monter et descendre les escaliers de manière prolongée, les positions contraignantes comme l'accroupissement, la position à genoux et la position debout prolongée, ainsi que le port de charges lourdes. La situation

n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de deux à trois mois. L'incapacité de travail était entière du 24 novembre 2015 au 14 janvier 2016. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en raison de facteurs médicaux et non médicaux chez un assuré qui sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles, montrait une appréhension pour les mouvements et des autolimitations. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était défavorable en raison des facteurs non-médicaux susmentionnés et d'un manque de connaissance de la langue française, du peu de formation certifiée et d'expérience professionnelle, ainsi que du peu d'investissement dans une éventuelle réorientation professionnelle.

12. Dans son rapport du 2 décembre 2015 consécutif à la consultation orthopédique du 30 novembre 2015, le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, a relevé que la fracturée étiquetée de fracture du pilon était en réalité une fracture spiroïde complexe des deux os de la jambe droite très distale avec des traits de refend irradiant vers la cheville. A l'examen clinique, lors de la torsion du pied, l'assuré décrivait des douleurs qu'on comprenait relativement mal. Il s'agissait d'une cheville droite difficile à rééduquer chez un assuré un peu dolent. Il convenait d'introduire un traitement antalgique plus drastique et mieux ciblé, de faire marcher l'assuré en piscine, le sevrer le plus vite possible de ses cannes et l'encourager à perdre dix kilos dans les six mois à venir. En l'absence de progrès à la rééducation, une arthro-IRM permettrait peut-être d'évaluer l'existence d'une souffrance osseuse au niveau métaphysaire et l'état du cartilage. Selon le rapport radiologique du 22 décembre 2015 faisant suite à l'arthro-IRM de la cheville droite effectuée le 17 décembre 2015, l'épaisseur cartilagineuse présentait une zone d'amincissement associée à un aspect irrégulier du cartilage articulaire au tiers postérieur du tibia. Il y avait une discrète synovite du récessus antérieur. Selon le rapport du 25 novembre 2015 du service de réadaptation professionnelle faisant suite au séjour de l'assuré aux ateliers du 27 novembre au 22 décembre 2015, le maître socio-professionnel a précisé que ce dernier avait œuvré en atelier dans des activités simples et peu contraignantes. Les positions debout engendraient des douleurs. Par contre, en position assise, l'assuré était capable de mobiliser les membres supérieurs dans une activité d'environ deux heures sans signaler de douleurs. Le potentiel de travail paraissait en partie exploitable dans une activité en position assise. Au vu des limitations observées, un changement professionnel semblait inévitable. L'absence de maîtrise du français ne permettait pas de l'accompagner dans un processus de réorientation ou de réflexion professionnelle.

13. Dans un rapport du 27 janvier 2016, le docteur G_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué que lors de sa consultation du 14 janvier 2016, l'assuré s'était présenté avec ses deux cannes et s'était plaint de douleurs. Le traitement actuel consistait en rééducation dans le but de lâcher les cannes. Il y aurait probablement peu d'amélioration. Les douleurs ne semblaient pas venir de l'articulation de la cheville. La reprise du travail était peu probable dans une activité debout et il fallait s'attendre à la persistance de douleurs chroniques.

14. Une note téléphonique du 27 avril 2016 de l'OAI mentionne, que suite aux radiographies de janvier, le médecin de la SUVA a estimé que le cas n'était pas stabilisé ; l'assuré sera revu en entretien fin juin et le médecin-d'arrondissement de la SUVA sera sollicité pour une appréciation finale.

15. Dans son rapport du 17 août 2016 consécutif à son examen final du 16 août 2016, le docteur H_____, chirurgien-orthopédiste FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA, a mentionné les plaintes de l'assuré, à savoir

principalement des difficultés à la marche, des douleurs importantes et une gêne fonctionnelle avec diminution de force. A l'examen clinique de la cheville droite, il a constaté une légère diminution de la flexion qui restait limitée à 5/0/20 contre 15/0/35 du côté gauche. Selon le dernier bilan radiologique de juin 2016, l'assuré présentait une arthrose tibio-tarsienne avec diminution de l'espace intra-articulaire et anomalies de la malléole interne sur l'articulation avec l'astragale. La situation osseuse semblait stable. Le Dr H_____ a diagnostiqué un status après fracture de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné droits, ainsi qu'une arthrose tibio-tarsienne post-traumatique. La situation était suffisamment stabilisée pour permettre un bilan assécurologique. L'ancienne activité de peintre en bâtiment n'était plus exigible. L'exigibilité dans une nouvelle activité professionnelle devait tenir compte de ses limitations, à savoir éviter la marcher en terrain irrégulier et de longue durée, de monter et descendre les escaliers de manière fréquente, le travail accroupi et le port de charges supérieures à dix kilos. Dans une activité respectant ces restrictions avec alternance des positions assise et debout, ainsi que des déplacements sur de courtes distances, une activité complète était attendue. Compte tenu des lésions présentes, une indemnité pour atteinte à l'intégrité était prévisible et ferait l'objet d'une appréciation séparée. Il convenait d'accepter pour une année supplémentaire trois séries de neuf séances de physiothérapie afin de faciliter une reprise de l'activité, une médication antalgique et des consultations trois fois par année par un médecin-orthopédiste. Le Dr H_____ a proposé de clôturer le cas avec « droit à la rechute » compte tenu des séquelles actuelles.!

15. Par courrier du 19 août 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites accidentelles. Par conséquent, elle mettait fin à la prise en charge du traitement médical, hormis les soins réservés par le médecin d'arrondissement. L'indemnité journalière était allouée jusqu'au 30 novembre 2016 sur la base d'une incapacité de travail de 100 %. Elle examinerait le droit à l'indemnisation d'une invalidité partielle dès le 1^{er} décembre 2016.!

16. Dans son appréciation du 19 août 2016, le Dr H_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité sur la base de la table 5 des barèmes d'indemnisation de la SUVA. En l'absence d'instabilité, il a tenu compte uniquement de l'arthrose tibio-tarsienne constatée. Il a conclu à un taux de 20 %, légèrement supérieur au taux minimum octroyé en cas d'arthrose tibio-tarsienne grave. Il a relevé que ce taux pourrait être réévalué en cas d'aggravation arthrosique ou d'intervention prothétique. Au vu du jeune âge de l'assuré avec une éventuelle indication à une endoprothèse dans les années à venir, il retenait le taux d'une endoprothèse de cheville avec un bon résultat.!

17. Selon la notice téléphonique de la SUVA du 14 novembre 2016, la caisse de compensation du bâtiment de Genève a fait état d'une augmentation de salaire en 2016 pour les peintres en bâtiment sans diplôme, qui s'élevait à CHF 26.70 par heure, à raison de cent septante-sept heures septante au minimum par mois.!

18. Dans le résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente daté du 22 novembre 2016, la SUVA a indiqué que le gain annuel était calculé sur la base du salaire que l'assuré avait reçu d'un ou plusieurs employeurs durant l'année ayant précédé l'accident. Les rapports de travail ayant duré moins d'une année, le salaire reçu au cours de cette période était converti en gain annuel. Une capacité de travail entière était exigible dans une activité adaptée. Au vu des cinq descriptions de poste de travail adapté (DPT), l'assuré pourrait réaliser un salaire annuel de CHF 56'385.20 qui devait être comparé au gain réalisable sans l'accident de CHF 56'395.10.- (CHF 26.70 x 177.70 x 12 mois). Il en résultait une perte économique inférieure à 10 %. La SUVA a retenu cinq DPT, trois dans le canton de Vaud et deux dans

le canton de Genève répondant aux exigences des limitations fonctionnelles, à savoir les nos 351985, 5787, 10054392, 348700 et 597315, le salaire moyen s'élevant à CHF 56'385.20. Par décision du 23 novembre 2016, la SUVA a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité au motif que le degré d'invalidité était inférieur à 10 %. Elle a considéré qu'il était à même d'exercer une activité professionnelle dans différents secteurs de l'industrie tenant compte de ses limitations. Une telle activité était exigible toute la journée et lui permettrait de réaliser un salaire mensuel de CHF 4'698.- (56'385.20 : 12). Comparé au gain mensuel de CHF 4'744.- (56'395.10 : 12) réalisable sans l'accident, il en résultait une perte économique inférieure à 10 %, de sorte qu'il n'existait pas de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, elle a reconnu une diminution de l'intégrité de 20 % indemnisée sur la base d'un gain annuel de CHF 126'000.-, soit une indemnité de CHF 25'200.-. Le 2 décembre 2016, l'assuré a formé opposition à ladite décision, en concluant à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 100 %, ainsi qu'à l'annulation de la décision du 23 novembre 2016. Il a précisé que les motifs de son opposition seraient exposés de manière plus complète après prise de connaissance de son dossier. Par courrier du 13 décembre 2016, la SUVA a transmis à l'assuré une copie de son dossier. Il lui a imparti un délai de trente jours dès réception de la présente afin de préciser s'il maintenait son opposition ou s'il la retirait. En cas de maintien de celle-ci, il devait lui faire parvenir une « prise de position » dûment motivée. Par courrier du 16 janvier 2017 adressé à la SUVA, l'assuré s'est référé à un entretien téléphonique avec la secrétaire du secteur des oppositions et a précisé, par écrit, qu'il était dans l'attente des rapports médicaux demandés aux Drs G_____ et D_____. Sans lesdits rapports, il n'était pas en mesure de se déterminer sur les motifs de son opposition. Par conséquent, comme convenu par téléphone avec ladite secrétaire, il demandait un délai supplémentaire au 28 février 2017 pour transmettre sa prise de position motivée. Le 18 janvier 2017, le Dr G_____ a posé les diagnostics d'une fracture du pilon tibial droit ostéosynthésée avec, par la suite, ablation du matériel et douleurs chroniques de la cheville droite. Il a indiqué qu'en raison des douleurs chroniques de la cheville droite, l'assuré n'était pas en mesure de reprendre son activité professionnelle qui consistait en un travail de force en position debout et nécessitait l'utilisation d'échelles. La reprise d'une activité professionnelle même adaptée serait difficile. L'assuré ne pouvait pas accomplir un travail manuel de force impliquant des déplacements ou l'utilisation régulière d'une échelle ou d'escaliers. Il était fort peu probable qu'il pût exercer un travail de bureau nécessitant l'utilisation du téléphone, la lecture ou la rédaction de courriers, car il parlait très mal le français. Il pouvait éventuellement exercer une activité légère de type horlogerie pour autant que sa mauvaise connaissance du français ne l'empêchât pas de suivre la formation adéquate pour un reclassement. Par courriel du 19 janvier 2017, la SUVA a accordé à l'assuré un délai supplémentaire au 28 février 2017 pour motiver son opposition. Le 8 février 2017, le Dr I_____ du SMR a retenu les conclusions du Dr H_____ du 17 août 2016 et considéré que l'aptitude à la réadaptation était envisageable après le séjour à la CRR de décembre 2015. Par projet de décision du 17 février 2017, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Selon le service médical de l'OAI, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de monteur en échafaudages. Sa capacité de travail était entière dès le 1^{er} janvier 2016 dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. A l'issue du délai d'attente d'une année, le 27 novembre

2014, son degré d'invalidité était de 100 %, mais il n'avait pas droit à une rente, car il ne remplissait pas les conditions d'assurance, puisqu'il ne comptait que deux ans et dix mois de cotisations. A partir du 1^{er} janvier 2016, l'OAI a comparé le revenu sans invalidité de CHF 55'432.- (calculé en multipliant le gain horaire de CHF 26.- par quarante et une heures, puis par cinquante-deux semaines annuelles) avec un revenu d'invalidité de CHF 59'808.- déterminé sur la base du salaire statistique qu'un homme travaillant dans une activité de niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples) pouvait obtenir selon le tableau TA1_tirage_skill_level tous secteurs confondus de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) après abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Il en résultait un degré d'invalidité nul. Un degré d'invalidité inférieur à 20% ne donnait pas droit à un reclassement.!

27. Le 28 février 2017, l'assuré a fait parvenir à la SUVA la motivation de son opposition. D'après le rapport du Dr G_____ du 18 janvier 2017, il souffrait de douleurs chroniques à la cheville droite et sa capacité de travail dans une activité adaptée était difficilement exigible en raison de ses limites linguistiques qui supprimaient les possibilités de réadaptation professionnelle. Il a reproché à la SUVA de ne pas avoir pris en considération ses douleurs chroniques à la cheville droite et ses troubles anxio-dépressifs qui l'empêchaient d'exercer une quelconque activité. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, selon l'annexe 3, une perte du pied donnait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %. Dans la mesure où son atteinte était assimilable à une telle perte, car ses douleurs chroniques l'empêchaient d'utiliser son pied droit, la SUVA avait retenu à tort une atteinte à l'intégrité de 20 % au lieu de 30 %. Il a allégué que le rapport du médecin d'arrondissement du 17 août 2016 n'avait aucune valeur probante au motif qu'il avait totalement ignoré ses plaintes subjectives. De plus, le rapport de la CRR avait considéré qu'il ne pouvait pas travailler dans une quelconque activité au vu de l'état dépressif et de ses plaintes subjectives. S'agissant du degré d'invalidité, il a reproché à la SUVA de n'avoir procédé à aucun abattement sur le revenu d'invalidité, alors qu'il aurait dû retenir un abattement de 25 % pour tenir compte de ses limitations, notamment ses douleurs chroniques, la non maîtrise du français et son statut d'étranger. Il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 20 %.

28. Par décision sur opposition du 8 mars 2017, la SUVA a rejeté l'opposition dans la mesure où elle était recevable. Elle a considéré que dans son opposition du 2 décembre 2016, l'assuré n'avait contesté que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et que s'agissant du droit à une rente d'invalidité, la décision querellée était entrée en force.

29. Par acte du 7 avril 2017, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès de la chambre de céans (cause A/1270/2017 LAA). Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité et à la reconnaissance d'une atteinte à l'intégrité physique supérieure à 20 %. Il a reproché à l'intimée d'avoir violé la loi s'agissant de l'indemnité journalière, car elle l'avait supprimée alors qu'il n'avait pas recouvré sa pleine capacité de travail, qu'une rente n'avait pas été versée et qu'il n'était pas décédé. S'agissant de la rente d'invalidité, il a contesté l'absence d'abattement sur le revenu d'invalidité, alors qu'un abattement de 25 % au minimum lui aurait permis de bénéficier d'une rente d'invalidité. Il a allégué qu'en ignorant ses limitations, l'intimée avait procédé à une constatation inexacte des faits pertinents. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, il a repris les arguments développés dans son opposition.

30. Le 12 avril 2017, le recourant a écrit à l'OAI que depuis le 27 novembre 2013, il était en incapacité de travail totale en raison de douleurs chroniques et d'un état dépressif, ce que la CRR avait confirmé, qu'il remplissait les conditions

d'assurance et que l'abattement sur le revenu d'invalidé devrait être augmenté à 25 % compte tenu de ses limitations de la non-maîtrise du français et de son statut d'étranger.![endif]>![if> 31. Le 20 avril 2017, la Dresse J_____ du SMR a estimé que l'avis du Dr G_____ du 18 janvier 2017 n'était pas susceptible de modifier la position du SMR du 8 février 2017, les éléments invoqués n'étant pas d'ordre médical.![endif]>![if> 32. Le 29 mai 2017, le Dr G_____ a indiqué à la SUVA que le traitement médical en cours était de la rééducation pour « SP douloureux ».![endif]>![if> 33. Dans sa réponse du 6 juin 2017 (cause A/1270/2017 LAA), la SUVA a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité. Elle a observé que la décision entreprise avait statué sur l'atteinte à l'intégrité et avait déclaré l'opposition irrecevable s'agissant de la rente d'invalidité, de sorte que la procédure judiciaire ne concernait pas le droit matériel du recourant à une rente d'invalidité, mais seulement la question de savoir si elle était fondée à déclarer l'opposition irrecevable sur la question du droit à une rente d'invalidité. Par conséquent, il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur les conclusions du recourant relatives à l'octroi d'une rente d'invalidité. S'agissant de l'irrecevabilité de l'opposition sur ce point, le recourant ne contestait pas cette dernière. Au demeurant, une opposition n'était valable que si l'assuré avait manifesté sa volonté de contester la décision ou certains de ses objets dans le délai légal d'opposition. Or, le recourant n'avait contesté le prononcé sur la rente d'invalidité que bien après l'échéance du délai d'opposition. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, l'évaluation du Dr H_____ tenait compte de l'ensemble des circonstances objectives du cas. En effet, selon l'appréciation du 19 mai 2017 de la doctoresse K_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin au centre de compétence de médecine des assurances de l'intimée, les troubles fonctionnels des membres inférieurs n'étaient pas suffisamment intenses pour appliquer la table 2 relative auxdits troubles.![endif]>![if> Elle a produit dans la procédure l'appréciation de la Dresse K_____. Selon cette dernière, lors de l'accident du 27 novembre 2013, le recourant avait subi une fracture complexe de la cheville droite qui s'étendait jusqu'à l'articulation tibio-talienne. Malgré l'AMO pratiquée en juin 2015, la symptomatologie douloureuse avait persisté. D'après le dossier radiologique, le recourant souffrait d'une arthrose tibio-astragaliennne ou tibio-talienne avancée ou grave, mais cette gravité était limitée à l'extrémité ou au tiers postérieur de cette articulation. Malgré une diminution de tout l'interligne articulaire, la présence de géodes ne touchait que le tiers postérieur. En présence d'arthrose, il y avait lieu de définir le degré de l'atteinte à l'intégrité selon la table 5 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité. Dans la mesure où le recourant souffrait d'une arthrose grave tibio-talienne (tibio-tarsienne), il convenait d'appliquer un taux de 15-30 %. En retenant un taux légèrement supérieur au taux inférieur en cas d'arthrose tibio-tarsienne grave et non le taux maximum de 30 %, le Dr H_____ avait tenu compte que l'articulation tibio-tarsienne était touchée seulement dans son tiers postérieur, de sorte que son appréciation ne pouvait être que confirmée. Il n'y avait pas lieu de prendre en considération la table 2 utilisée en cas d'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs, car ni l'examen clinique de la CRR, ni celui du Dr H_____ n'avaient constaté une articulation tibio-talienne bloquée à 90° ou un pied en équin. Par contre, ils avaient mis en évidence un léger déficit en dorso-flexion qui ne donnait pas droit à une indemnisation. Une instabilité de la cheville n'était évoquée à aucun moment par les divers rapports médicaux. Même si la symptomatologie douloureuse était principalement due à l'arthrose tibio-talienne, les divers examens avaient permis de constater une mobilité conservée de la cheville droite, pour ainsi dire normale/symétrique. Par conséquent, le taux de 20 % tenait compte de toutes les circonstances. Si le recourant

bénéficiait dans le futur d'une arthrodeèse ou d'une autre intervention chirurgicale, une réévaluation pourrait être de mise. 34. Dans sa réplique du 6 juillet 2017 (cause A/1270/2017 LAA), l'assuré a relevé que la SUVA avait déclaré à tort irrecevables ses conclusions reformulées après prise de connaissance du dossier, tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il y avait lieu de tenir compte de ses douleurs chroniques dans l'évaluation du taux de l'atteinte à l'intégrité. 35. Le 27 juin 2017, le Dr H_____ a estimé qu'il n'y avait aucune modification de son appréciation précédente. 36. Dans sa duplique du 14 août 2017 (cause A/1270/2017 LAA), la SUVA a confirmé le taux de l'IPAI retenu. L'opposition du 2 décembre 2016 portait exclusivement sur l'atteinte à l'intégrité. 37. Par arrêt du 16 octobre 2017 (ATAS/918/2017), la chambre de céans a partiellement admis le recours de l'assuré et partiellement annulé la décision de la SUVA du 8 mars 2017 dans le sens que celle-ci devait statuer sur le droit à la rente d'invalidité du recourant par une décision sur opposition. 38. Le 19 octobre 2017, le Dr G_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 10 octobre au 31 décembre 2017. 39. La SUVA a recouru à l'encontre de cet arrêt auprès du Tribunal fédéral. 40. Par décision du 10 novembre 2017, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2014 au 31 mars 2016, au motif que celui-ci avait présenté une incapacité de travail totale du 27 novembre 2013 au 31 décembre 2015 et nulle dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2016. Le degré d'invalidité était nul, basé sur un revenu, en 2014, sans invalidité de CHF 55'432.- et un revenu, en 2014, d'invalidité de CHF 59'808.-. 41. Le 24 novembre 2017, le docteur L_____, Chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a rendu un rapport suite à une consultation du 15 novembre 2017. Il a posé un diagnostic de douleurs région jambier postérieur et malléole médiale chez : - S/p fracture du pilon tibiale novembre 2013 sur chute dans les escaliers, ostéosynthèse les 4 et le 6 décembre 2013, ablation du matériel d'ostéosynthèse partielle le 2 juin 2015 (plaque externe, plaque interne, vis cassé interne) ; compliqué d'un abcès à MSSA malléole externe drainé le 15 juin 2015 ; persistance d'un trait de fracture (pseudarthrose tibiale distale antérieure). - Calcification importante niveau membrane interosseux, vis trop longue passant dans les muscles péroniers. Il retenait des douleurs persistantes neurogènes de type probablement mécaniques tibiotaliennes antérieures qui pourraient être liées à une lésion de la syndesmose (5,8 mm couché = élargie) ainsi que des douleurs neurogènes possiblement du nerf sciatique poplité profond qui pourraient être prises dans les classifications au niveau de la membrane interne osseuse. Il conseillait de reprendre la balnéothérapie et la physiothérapie avec l'introduction du Lyrica. 42. Le 14 décembre 2017, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision de l'OAI du 10 novembre 2017 en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière au-delà du 31 mars 2016 (cause A/4933/2017 AI). Sa capacité de travail dans une activité adaptée restait à définir au regard des limitations fonctionnelles et de facteurs défavorables liés à sa réinsertion professionnelle. Son état de santé n'était pas encore stabilisé en janvier 2016, mais au plus tôt en août 2016. Le revenu sans invalidité devait être augmenté car, selon l'ESS 2014, le salaire pour un homme dans le secteur bâtiment/construction était de CHF 5816.-, de sorte que le salaire retenu par l'OAI (de CHF 4'619,35) était inférieur de plus de 5 % à ce dernier. Le revenu d'invalidité devrait être diminué par l'application d'un abattement de 25 %, en raison de ses limitations fonctionnelles, de sa non-maîtrise du français et de son statut d'étranger. 43. Le 5 mars

2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. La note interne du 27 avril 2016 n'était pas un avis médical ; l'assurance-invalidité n'avait pas à répondre des difficultés du recourant liées à son âge, ou au manque de formation ; [endif]> [if> Le salaire sans invalidité était celui qu'aurait perçu le recourant s'il avait travaillé à temps complet ; il n'était pas critiquable. Enfin, la déduction sur le salaire d'invalidité tenait compte des limitations fonctionnelles du recourant, étant relevé que la non-maitrise du français n'entraînait pas en ligne de compte, tout comme le statut du recourant, titulaire d'un « permis B » et entré en Suisse en 2011, ainsi que le bas niveau de ses qualifications professionnelles. 44. Le 28 mars 2018, le recourant a répliqué. Selon l'appréciation du Dr H_____, son état n'était stabilisé qu'en août 2016 et non pas en décembre 2015 ; la déduction sur le revenu d'invalidité devait tenir compte de son manque de formation professionnelle et de maitrise du français ainsi que de son statut d'étranger et de ses limitations fonctionnelles, pour être augmentée à 25 % ; son salaire avant invalidité devait être augmenté pour atteindre CHF 5'816.-/mois. [endif]> [if> 45. Le 13 avril 2018, la SUVA, à la demande de la chambre de céans, a versé son dossier à la procédure. [endif]> [if> 46. Le 27 avril 2018, le Dr M_____ du SMR a estimé que les avis médicaux soit celui du Dr L_____ du 24 novembre 2017, du Dr G_____ des 18 janvier et 29 mai 2017, de la Dresse K_____ du 19 mai 2017 et du Dr H_____ du 27 juin 2017 ne faisaient que confirmer l'évaluation précédente du SMR du 8 février 2017. [endif]> [if> 47. Le 30 avril 2018, l'OAI a maintenu ses conclusions. [endif]> [if> 48. Le 9 juillet 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelles. [endif]> [if> Le recourant a déclaré : « J'ai toujours mal à la jambe. Depuis l'accident ma vie a chuté. J'ai subi quatre opérations et on a pu seulement m'enlever une partie des vises, sinon je risque la paralysie. J'ai des douleurs permanentes à la cheville. Je dois prendre des médicaments antidouleur en cas de douleurs insupportables. C'est moi qui paie de ma poche la plupart des médicaments. J'arrive à marcher environ 1 km sans béquille, ensuite je dois utiliser une béquille. Pour faire les courses, le mari de ma sœur m'accompagne ; je sors avec une béquille, d'autant plus depuis janvier 2018 car j'ai fait une chute. Je me suis blessé aux deux hanches car ma jambe n'a pas résisté. Je souhaite travailler mais j'aimerais savoir combien d'heures je suis capable de faire. Depuis l'accident j'ai tout perdu, ma femme, mes amis... Je suis suivi par le Dr G_____. Je ne l'ai plus vu depuis janvier. J'ai demandé un rendez-vous et il m'a dit qu'il me rappellerait plus tard. Le Dr G_____ ne m'a rien précisé sur ma capacité de travail. Vous m'indiquez que l'assurance-invalidité reconnaît que je suis apte à travailler dans une activité adaptée, notamment en position assise. Je suis prêt à essayer de travailler dans une telle activité. Je n'ai pas cherché une activité. J'ai un problème de compréhension du français et avec ce que je reçois de l'hospice général je ne peux pas me payer des cours. En octobre 2017 j'ai payé CHF 150.- pour un cours de français sur six ou sept mois. Avant l'accident je comprenais à moitié le français, mais depuis l'accident j'ai perdu de la compréhension à cause du stress et des douleurs. J'ai insisté pour être hospitalisé à la CRR. Le séjour s'est bien passé mais malgré cela j'ai toujours gardé des douleurs. J'ai été examiné par le Dr H_____ qui m'a dit que je serai totalement guéri dans dix à quinze ans. J'ai divorcé car ma femme ne supportait plus de m'entendre me plaindre en permanence de mes douleurs. Depuis l'accident j'ai pris 15 à 20 kg. J'ai aussi de la peine à m'endormir. Je n'ai aucune vie sociale. Je ne peux pas toujours attendre des autres et je ne peux moi-même rien leur offrir. J'ai suivi l'école obligatoire puis obtenu une maturité commerciale. J'ai ensuite dû arrêter mes études pour aller travailler car j'étais l'ainé de la famille. Pendant neuf ans j'ai travaillé au Kosovo dans le montage d'échafaudage. Je suis prêt à suivre n'importe quelle mesure car je ne veux plus

rester inactif. Je suis titulaire d'un permis C. J'ai besoin de travailler et j'aimerais aussi connaître à quel taux je suis aussi capable de le faire. Le Dr G _____ m'a adressé à un autre médecin, soit le Dr L _____ à Beau-Séjour, car ses factures n'étaient pas payées. Ce nouveau médecin ne m'a toutefois pas encore examiné. ». L'avocat du recourant a déclaré : « En fonction du degré d'invalidité de mon client il aura éventuellement droit à une mesure de reclassement. Le taux de travail de 100 % est contesté ». La représentante de l'intimé a déclaré : « Nous reconnaissons une capacité de travail du recourant de 100 % depuis janvier 2016. Nous estimons qu'aucune mesure professionnelle n'est justifiée. Le recourant a bénéficié de cours de français. Selon ses limitations fonctionnelles toutes activités légères est possible sans formation de sorte que même une orientation professionnelle ne se justifie pas. S'agissant de la déduction, elle est de 10 % ce qui est suffisant pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Il n'y a pas d'autre motif pour augmenter la déduction sur le salaire d'invalidité ». 49. A la demande de la chambre de céans, le Dr L _____ a indiqué le 7 août 2018 qu'il ne pouvait se prononcer ni sur les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI car ce n'était pas un point central de sa consultation, ni sur la capacité de travail de l'assuré, ayant vu celui-ci une seule fois à sa consultation. 50. A la demande de la chambre de céans, le docteur N _____, chef de service à la CRR, FMH médecine physique et réadaptation, a indiqué que le rapport du service de réadaptation professionnelle n'était qu'une observation des performances que l'assuré était capable de réaliser sur des postes censés être adaptés à ses capacités physiques du moment, mais n'était pas une évaluation des capacités professionnelles de l'assuré. Le service de réadaptation professionnelle n'avait donc pas évalué qu'une activité en position assise n'était exploitable qu'en partie par l'assuré mais seulement observé que la position assise exacerbait des phénomènes douloureux après deux heures. 51. Par arrêt du 31 août 2018 (8C 817/2017), le Tribunal fédéral a admis le recours de la SUVA et réformé le jugement de la chambre de céans en ce sens que le recours de l'assuré est rejeté, sans octroi de dépens. 52. Le 10 septembre 2018, le Dr O _____ du SMR a rendu un avis selon lequel les Drs L _____ et N _____ ne se prononçaient pas sur la capacité de travail ni sur les limitations fonctionnelles de l'assuré ; les conclusions du SMR du 8 février 2017 étaient maintenues, avec la précision qu'il convenait de privilégier une activité avec alternance des positions assise et debout, avec déplacements sur de courtes distances, comme indiqué par le Dr H _____. 53. Le 10 septembre 2018, l'OAI a maintenu ses précédentes conclusions. 54. Le 18 septembre 2018, le recourant a observé que son état n'était pas stabilisé à sa sortie de la CRR et que l'OAI aurait dû ordonner des examens complémentaires pour déterminer sa capacité de travail et son aptitude à la réadaptation, l'avis du Dr L _____ et le rapport de la CRR étant à cet égard insuffisants ; l'OAI s'était quasiment exclusivement fondé sur le dossier instruit par la SUVA alors que la décision de la SUVA du 23 novembre 2016 avait été annulée par la chambre de céans ; l'instruction de l'OAI était lacunaire. 55. Sur quoi la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité,

à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 mars 2016. 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 7. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). 8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes

physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

!endif]>![if> Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

!endif]>![if> 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun

indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes

exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être

établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

c. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait

raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

d. Lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les arrêts cités). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires

habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.2). En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010, op. cit., consid. 3.4). e. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). 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 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. 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'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPG) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015, op. cit., consid. 4.2 et 9C_602/2015, op. cit., consid. 6.1). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). f. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017

consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidé (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b). g. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). h. Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. A cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, SVR 2010 IV n° 9 p. 27 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1, SVR 2011 IV n° 30 p. 86; arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2). 14. Aux termes de l'art. 88 a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.!

15. a. En l'occurrence, il est admis que le recourant ne peut plus exercer son ancienne activité d'aide-peintre en bâtiments. L'intimé a estimé que dès le 1^{er} janvier 2016, il était apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit sans marches en terrain irrégulier, marches de longues durées, utilisation d'escaliers de manière fréquente, travail accroupi et port de charges supérieures à 10 kg.!

Pour fonder sa décision, l'intimé s'est référé au rapport d'expertise de la CRR du 15 janvier 2016, à l'appréciation du Dr H_____ du 17 août 2016 ainsi qu'à l'avis du SMR du 8 février 2017, lequel renvoie aux deux premiers avis. b. A cet égard, les rapports de la CRR et du Dr H_____ répondent aux requisits jurisprudentiels précités pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante. Le rapport de la CRR tient compte des diverses prises en charge entreprises durant le séjour du recourant (physiothérapie, ergothérapie, atelier professionnel, atelier pied et chaussure et diététique), des plaintes du recourant, d'examen radiologiques récents, pose des diagnostics clairs et effectue une appréciation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles qui est convaincante. Quant à l'appréciation du Dr H_____, elle repose sur

l'examen des pièces du dossier, dont la prise en compte du rapport de la CRR, l'examen clinique du recourant, relate les plaintes de celui-ci, pose un diagnostic clair et évalue la capacité de travail du recourant également de façon convaincante. Au vu de ces avis, le recourant doit être considéré comme totalement incapable d'exercer son ancienne activité d'aide-peintre depuis le 27 novembre 2013, date de son accident, et capable d'exercer à 100 % une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès la stabilisation de son état de santé. Compte tenu de l'avis du SMR du 8 février 2017 estimant que les évaluations de la CRR et du Dr H_____ étaient probantes, de l'absence d'autres pathologies qui ne relèveraient pas des suites de l'accident en cause, l'intimé pouvait se contenter de se fonder sur l'instruction médicale effectuée par la SUVA. c. S'agissant de l'aptitude à la réadaptation, le SMR l'a fixée au 1^{er} janvier 2016 en considérant qu'elle était envisageable après le séjour à la CRR. Le recourant fait valoir qu'une activité adaptée n'était pas envisageable avant août 2016, date du rapport du Dr H_____. A cet égard, le rapport de la CRR du 15 janvier 2016, relève que la situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles et qu'une stabilisation médicale est attendue dans un délai de deux à trois mois. Quant au Dr H_____, il a constaté le 16 août 2016 que la situation était suffisamment stabilisée pour permettre un bilan asséurologique du cas. En l'absence d'un autre avis médical au dossier constatant une stabilisation de l'état de santé antérieure au 16 août 2016, il convient de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, cette date comme étant celle correspondant à la stabilisation de l'état de santé du recourant et également à l'aptitude du recourant à la réadaptation, l'avis contraire non motivé du SMR n'emportant pas la conviction. d. Le recourant conteste une exigibilité de 100 % dans une activité adaptée. Cependant, aucun avis médical au dossier ne met en doute les conclusions des rapports de la CRR et du Dr H_____. Tout d'abord, contrairement à l'avis du recourant, le Dr N_____ n'a pas indiqué que le rapport de la CRR ne comportait pas d'analyse de la capacité de travail de l'intéressé mais uniquement que le service de réadaptation professionnelles ne pratiquait pas d'évaluation de la capacité professionnelle, celle-ci étant, en revanche, de la compétence du médecin responsable, en l'occurrence le Dr E_____, lequel a effectué une telle évaluation. La constatation que le potentiel de travail du recourant paraissait exploitable seulement en partie dans une activité en position assise, ne correspond ainsi qu'à une constatation du service de réadaptation professionnelle de la CRR, qui n'a pas été retenue par le médecin responsable dans ses conclusions finales. Ensuite, le Dr L_____ a indiqué le 7 août 2018 qu'il n'avait pas, lors de son unique consultation, effectué d'appréciation de la capacité de travail du recourant. Enfin, le Dr G_____ a estimé le 27 janvier 2016 que la reprise du travail était peu probable dans une activité debout et le 18 janvier 2017 que l'ancienne activité n'était plus possible et l'exercice d'une activité adaptée difficile en raison de la mauvaise maîtrise du français par le recourant, position qui rejoint celle de la CRR et du Dr H_____. e. Au demeurant, le recourant est apte à exercer une activité adaptée à son état de santé depuis le 16 août 2016. En conséquence, il a droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 novembre 2016 (art. 88a RAI). 16. a. Dès le 1^{er} décembre 2016, il convient ainsi de déterminer le degré d'invalidité du recourant. A cet égard, le recourant conteste le revenu sans invalidité retenu par l'intimé, de CHF 55'432.-. Or, si le revenu mensuel de CHF 5'816.- (annuel de CHF 69'792.-) avancé par le recourant, - outre qu'il n'est pas justifié, celui selon l'ESS 2014 Tableau TA1 pour un homme, niveau 1 dans le domaine de la construction (ligne 41-43) étant de CHF 5'507.- par mois - était néanmoins retenu, le degré d'invalidité serait de 14%, soit inférieur à celui ouvrant droit à une rente d'invalidité ou à une mesure de

reclassement professionnel. En effet, le revenu sans invalidité annuel de CHF 69'792.-, comparé au revenu avec invalidité de CHF 59'808.-, aboutit à une perte de gain de 14 %. b. Le recourant conteste également le taux de 10 % retenu par l'intimé au titre de déduction sur le salaire statistique d'invalidé. A cet égard, le manque de formation et d'expérience dans une nouvelle profession adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant n'est pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales ; d'une part les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique ; d'autre part, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018). Par ailleurs, le statut d'étranger du recourant, compte tenu de son autorisation de séjour C, n'a pas à être pris en compte non plus. Enfin, la mauvaise maîtrise de la langue française ne fait pas partie des critères permettant de bénéficier d'une déduction sur le salaire statistique d'invalidé (à cet égard, arrêt du Tribunal fédéral 9C 42/2017 du 29 juin 2017). Au demeurant, la déduction de 10 % retenue par l'intimé n'est pas critiquable et ne peut qu'être confirmée. c. Partant, le degré d'invalidité, d'au maximum 14 %, n'ouvre plus droit dès le 1^{er} décembre 2016 à des prestations. 17. Le recours sera en conséquence partiellement admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 novembre 2016. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 1'500.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé. Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 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.