

GE_GERICHTE A/942/2013 vom 24. September 2013

GE Cour de justice, 2013-09-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_942_2013

FR: GE_GERICHTE A/942/2013 du 24 septembre 2013

IT: GE_GERICHTE A/942/2013 del 24 settembre 2013

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur V _____, domicilié à VERNIER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur V _____ (ci-après l'assuré), né en 1954, de nationalité portugaise, est arrivé en Suisse en 1980. Il a essentiellement travaillé en tant que manœuvre et aide maçon.![endif]>![if> 2. En date du 14 janvier 2008, l'assuré a subi un accident.![endif]>![if> 3. L'assureur-accidents a pris en charge les suites de cet accident. ![endif]>![if> 4. Dans un rapport du 5 mai 2008, la Dresse A _____, spécialiste FMH en chirurgie, a posé le diagnostic d'entorse du genou avec une atteinte du ménisque externe, du ligament latéral interne et du ligament croisé antérieur. L'incapacité de travail était totale. ![endif]>![if> 5. Le 11 juin 2008, l'assuré a subi une arthroscopie interventionnelle avec méniscectomie partielle au niveau du ménisque externe. ![endif]>![if> 6. En date du 23 juin 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI). ![endif]>![if> 7. En date du 26 juin 2008, le Dr B _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a retenu une déchirure du ménisque externe et interne droit et a confirmé la totale incapacité de travail de l'assuré. ![endif]>![if> 8. Par questionnaire du 14 juillet 2008, le dernier employeur de l'assuré a attesté que l'assuré travaillait dans l'entreprise en qualité de manœuvre et que son revenu annuel était de 66'885 fr. depuis le 1 er janvier 2008.![endif]>![if> 9. En date du 17 septembre 2008, le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a relevé que l'évolution était lentement favorable et il semblait possible que l'assuré reprenne, à titre exclusivement thérapeutique, son activité auprès de son dernier employeur. Ses limitations étaient pour l'instant les suivantes : les déplacements en terrain instable, la montée et la descente d'échelles, le port de charges moyennes à lourdes et le travail à genoux ou accroupi. Il pouvait exercer un travail léger, par exemple au dépôt de l'entreprise, mais sans rendement. Il s'agissait d'une exigibilité temporaire et une évaluation ultérieure était indispensable en fonction de l'évolution. ![endif]>![if> 10. En date du 6 octobre 2008, l'assuré a repris une activité à titre thérapeutique auprès de son dernier employeur, toutefois, le lendemain, il a subi un nouvel accident.![endif]>![if> 11. Au début de l'année 2009, l'employeur de l'assuré a indiqué que sans atteinte à la santé, son revenu mensuel aurait été de 5'250 fr. complété par un treizième salaire.![endif]>![if> 12. L'assuré a séjourné du 10 février au 11 mars 2009 auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après la CRR). Les Drs D _____, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et en chirurgie orthopédique, et E _____, généraliste, ont posé, dans leur rapport du 30 mars 2009, les diagnostics suivants : des thérapies physiques et fonctionnelles, des gonalgies bilatérales, une entorse du genou droit le 14 janvier 2008 avec une lésion partielle du ligament latéral interne (LLI) et du ligament croisé antérieur

(LCA), une contusion osseuse du plateau tibial externe, une arthroscopie du genou droit, le 11 juin 2008, avec une résection partielle du ménisque externe, une chute avec une contusion dorsolombaire le 7 octobre 2008 et une polyarthrite rhumatoïde séropositive et érosive connue depuis 1999, traitée par Méthotrexate et anti-inflammatoires. Les co-morbidités étaient multiples, en particulier, la Dresse F _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, également médecin auprès de la CRR, a mis en exergue une dépression atypique dans un contexte de séparation conjugale. En fin de séjour, les médecins ont noté une évolution globalement favorable, avec une marche sans cannes et une amélioration de la force et de la thymie. L'assuré pouvait également monter et descendre les escaliers marche par marche, sans cannes, en utilisant la rampe. Ils ont proposé une poursuite de la prise en charge physiothérapeutique ambulatoire et des séances psychothérapeutiques cognitivocomportementales. Sur le plan traumatique, la situation était considérée comme stabilisée, mais certains facteurs pourraient jouer un rôle défavorable, soit notamment le fait que l'assuré ne puisse pas garder un ancrage professionnel ou encore la certaine irritabilité des deux genoux dans un contexte de polyarthrite rhumatoïde, comme en témoignait une lame d'épanchement (prédominant à gauche). !endif]>![if> D'après les médecins, la capacité de travail de l'assuré perdurait dans sa précédente activité dans le bâtiment, toutefois, elle était nulle depuis la sortie de la CRR en date du 12 mars jusqu'au 11 avril 2009. Il convenait de discuter d'une reprise à but thérapeutique avec le précédent employeur. En cas d'échec de cette reprise d'activité à but thérapeutique, il y avait lieu de discuter d'une réorientation professionnelle. 13. Lors d'une séance du 22 avril 2009 avec un représentant de l'assureur-accidents, les responsables du dernier employeur de l'assuré ont indiqué qu'il n'était pas possible de lui offrir un poste de travail adapté dans l'entreprise, leurs activités étant principalement celles de chantier. Elles n'étaient ainsi adaptées ni à sa situation médicale ni à sa situation personnelle, l'assuré ne sachant ni lire ni écrire et étant fortement limité dans l'expression en français. !endif]>![if> 14. Dans un rapport du 16 juin 2009, le Dr C _____ a considéré que la situation était pratiquement superposable à celle retenue par les médecins de la CRR, avec un genou droit subjectivement douloureux, une discrète boiterie, un genou droit non inflammatoire, mais avec un petit épanchement évident cliniquement. La fonction du genou droit avait récupéré et était superposable à celle du genou gauche. La situation pouvait être considérée comme stabilisée, a priori sans dommage permanent d'origine traumatique. Il a proposé un examen pour déterminer si la responsabilité de l'assureur-accidents était toujours engagée. !endif]>![if> 15. Par rapport du 24 août 2009, le Dr G _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin auprès de l'assureur-accidents, a déterminé que la perte partielle du ménisque externe du genou droit entraînait pour l'assuré les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail sur les échelles et les échafaudages, en position agenouillée ou accroupie, rarement des travaux sur terrain très inégal/accidenté ou la marche sur des distances jusqu'à 250 mètres, parfois des ports de charges jusqu'à 15 kilogrammes, et pas de ports de charges supérieures à 15 kilogrammes. Une activité à plein temps pouvait être exercée si ces limitations étaient respectées. Ainsi, en d'autres mots, l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité légère à modérément pénible, lui permettant l'alternance de la position assise, de la marche et de la station debout. D'un point de vue médical, l'état de l'articulaire du genou droit devait être actuellement considéré comme permanent. Aucune amélioration notable de l'état de santé consécutif à l'accident ne pouvait être attendue de la poursuite d'un traitement. !endif]>![if> 16. Le 26 avril 2010, la Dresse H _____, cheffe de clinique au Service de rhumatologie des Hôpitaux

Universitaires de Genève (ci-après les HUG), a notamment transmis à l'OAI le rapport du 20 janvier 2010 du Dr I _____, également chef de clinique auprès du Service de rhumatologie des HUG. Celui-ci a retenu une polyarthrite rhumatoïde séropositive et érosive depuis 1999, de l'asthme, un diabète, une hypertension artérielle difficile à contrôler, une insuffisance rénale et des gonalgies de type mécanique post-traumatique. Il a notamment indiqué que malgré un examen clinique sans signe d'activité et un bilan biologique dans la norme, l'assuré décrivait une persistance de sa maladie avec également quelques signes au niveau de l'échographie. !endif]>![if> 17. Par avis du 25 juin 2010 établi après une discussion avec un médecin rhumatologue du Service médical régional AI (ci-après le SMR), la Dresse J _____, généraliste et médecin au SMR, a déterminé que la polyarthrite rhumatoïde évoluait depuis plus de 10 ans, qu'elle touchait principalement les membres supérieurs et qu'elle n'avait pas empêché l'assuré d'exercer une activité lourde sur les chantiers avant l'arrêt de travail lié à son genou. Les rapports médicaux permettaient d'établir que cette affection était stable et peu agressive. L'examen du Dr I _____ du 20 janvier 2010 montrait une absence d'arthrite à l'examen et des signes de synovite n'apparaissaient qu'à l'ultrason au niveau des MCP (métacarpo-phalangien) et des IPP (intrapalangien proximal). Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire. D'après le médecin du SMR, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dès le 12 mars 2009 dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues par le Dr G _____ et ne demandant pas de force avec les mains, de mouvements de vissage répété et de ports de charges répétés de plus de 10 kilogrammes. La date du 12 mars 2009 correspondait à la fin du séjour à la CRR, moment auquel une amélioration avait été constatée, avec la possibilité de se déplacer sans cannes sur 250 mètres et de monter et de descendre les escaliers sans cannes. La force des quadriceps s'était également améliorée et l'assuré pouvait également porter des charges maximales de 30 kilogrammes du sol à la taille et de 25 kilogrammes de la taille à la tête. !endif]>![if> 18. Le 19 novembre 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il bénéficiait d'une mesure de reclassement professionnel en tant qu'ouvrier dans le domaine de la construction et dans les secteurs du bâtiment et du génie civil auprès de son dernier employeur du 15 octobre 2010 au 15 avril 2011. L'adaptation du poste de travail allait se dérouler sous la forme d'une formation pratique en entreprise. L'OAI estimait qu'une présence à plein temps était exigible et qu'après l'achèvement du reclassement, la capacité de travail serait entière. !endif]>![if> 19. Dans les faits, l'assuré a exercé une activité occupationnelle auprès de son dernier employeur à 50% depuis le 15 octobre 2010. !endif]>![if> 20. Par communication du 18 janvier 2011, l'assuré a été mis au bénéfice de cours de français du 1^{er} février au 24 mars 2011. !endif]>![if> 21. En date du 6 mai 2011, l'OAI a communiqué à l'assuré que la mesure de reclassement professionnel était prolongée du 16 avril au 14 juillet 2011 et que la formation en entreprise allait se dérouler à un taux d'activité de 100%. De plus, l'OAI a précisé que dans le cadre de l'adaptation du poste, les cours de français et le permis de machiniste lui permettraient d'exercer, au terme de la mesure, une activité de machiniste à 100%. !endif]>![if> 22. Le 22 juillet 2011, l'OAI a prolongé la mesure de reclassement jusqu'au 1^{er} décembre 2011. Cette mesure comprenait, outre l'activité au sein de l'entreprise, des cours intensifs de français débutant le 19 septembre 2011 et la formation de machiniste – élingueur commençant le 30 août 2011 et durant trois mois. L'OAI a confirmé que la présence à plein temps de l'assuré était exigible. !endif]>![if> 23. Sur requête de l'OAI, le Dr B _____ a attesté, en date du 5 août 2011, que l'assuré pouvait dorénavant travailler à plein temps dans une activité adaptée, étant précisé qu'il se

permettrait de le revoir ultérieurement pour contrôler que l'évolution restait satisfaisante et supportable pour son problème orthopédique. !endif]>[if> 24. Dans une note de travail du 30 août 2011, un collaborateur de l'OAI a noté que l'assuré, qui faisait preuve d'engagement, avait finalement pu augmenter son taux d'activité à 100%. !endif]>[if> 25. Par courrier du 25 octobre 2011, l'employeur a informé l'OAI que l'assuré avait repris son activité à 100% dès le 1^{er} septembre 2011, toutefois, son rendement était « loin » d'atteindre ce taux. !endif]>[if> 26. Suite à une communication avec l'employeur, l'assureur-accidents et l'assuré, un collaborateur de l'OAI a indiqué, dans une note de travail, que l'assuré allait occuper la fonction d'aide magasinier-machiniste à 100% dès le 1^{er} décembre 2011. !endif]>[if> 27. Par rapport du 24 juillet 2012, un collaborateur du service de réadaptation professionnelle a retenu que le reclassement professionnel s'était terminé avec succès et que d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. !endif]>[if> 28. En date du 9 août 2012, l'OAI a établi que le revenu sans invalidité 2008 de l'assuré était de 66'885 fr., ce qui résultait également de son compte individuel (CI). En réactualisant ce salaire à l'année 2011, le salaire sans invalidité était de 69'410 fr. 80. Dans la mesure où l'assuré avait gardé le même contrat de travail, le revenu avec invalidité et le revenu sans invalidité étaient identiques, de sorte que le degré d'invalidité était nul au terme du reclassement. !endif]>[if> 29. En date du 9 août 2012, l'OAI a également notifié à l'assuré un projet d'acceptation de rente entière limitée du 14 janvier au 28 février 2009. En effet, le SMR avait attesté que l'incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} janvier 2008 dans l'activité habituelle, mais que la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 12 mars 2009, date de la fin du séjour à la CRR. L'OAI a procédé à une comparaison des revenus en 2009 et a déterminé que le revenu sans invalidité était de 68'250 fr. et le revenu avec invalidité de 52'540 fr., lequel était fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après l'ESS) et tenait compte d'un abattement de 15%. Le degré d'invalidité était ainsi de 24%. En outre, l'OAI a précisé que la mesure de reclassement en tant que machiniste et magasinier avait pris fin en décembre 2011 et que dès le 1^{er} janvier 2012, l'assuré retrouvait une pleine capacité de travail dans cette nouvelle activité sur la même base contractuelle qu'avant l'atteinte à la santé, de sorte que le degré d'invalidité était nul. !endif]>[if> 30. L'assuré n'ayant pas contesté ledit projet de décision, l'OAI a rendu une décision en date du 15 février 2013, confirmant en tous points ce projet. !endif]>[if> 31. Par acte du 18 mars 2013, le recourant, représenté par un conseil, interjette recours contre cette décision, requérant son annulation, l'octroi d'une rente entière de durée indéterminée postérieurement au 28 février 2009, sous suite de dépens. Subsidiairement, il requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale multidisciplinaire. Il conteste pouvoir exercer les activités de machiniste ou de magasinier à plein temps, ces activités ne tenant pas suffisamment compte de ses limitations fonctionnelles. Il n'avait pas pu reprendre une activité à 100% et sans diminution de rendement. La mesure de réadaptation ne s'était d'ailleurs déroulée qu'à 50% auprès de son ancien employeur, le reste du temps étant consacré aux cours de français, et la formation théorique de trois mois ne témoignait pas de ses capacités réelles de travail. En particulier, au dossier ne se trouvait ni attestation de cet employeur confirmant qu'il était capable d'exercer les activités de machiniste ou de magasinier, d'attestation de reprise de travail à 100% établie par le Dr B_____ ou encore de rapport médical exposant l'évolution de ses atteintes depuis le mois de janvier 2010. Il soutient que seule une activité sédentaire à temps partiel est envisageable. Dans la détermination du degré d'invalidité, il convient, d'après lui, de tenir compte de son âge et de ses connaissances rudimentaires du français en

plus de ses limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère est possible. Dès lors, il se justifie, d'après lui, de procéder à un abatement de 25% pour obtenir le revenu d'invalidé. ³² Invité à se déterminer, l'OAI conclut, dans sa réponse du 19 avril 2013, au rejet du recours. Il invoque que la capacité de travail du recourant était de 100% dans une activité adaptée à son état de santé dès le 12 mars 2009, soit dès la fin de son séjour auprès de la CRR, moment auquel une nette amélioration a été constatée – l'assuré pouvant se déplacer sans cannes, monter et descendre les escaliers, porter des charges maximales de 30 kilogrammes du sol à la taille et de 25 kilogrammes de la taille à la tête et la force des quadriceps s'étant améliorée. Cela a été confirmé par le SMR en date du 25 juin 2010. Par ailleurs, il résultait d'un bilan final du 15 novembre 2011 entre l'assuré, son employeur, l'assureur-accidents et le service de réadaptation de l'OAI, que la réadaptation de l'assuré avait été réalisée avec succès. Le recourant avait d'ailleurs commencé à travailler à plein temps auprès de son dernier employeur en date du 1^{er} décembre 2011, avec un cahier des charges mixte de machiniste et de magasinier adapté à ses limitations fonctionnelles, étant précisé qu'il percevait le même salaire qu'auparavant. Il n'y avait ainsi pas de perte de gain suite au reclassement. ³³ En date du 3 juin 2013, le recourant, sous la plume de son conseil, a indiqué à la Cour de céans ne pas avoir d'autres observations et persister dans ses conclusions. ³⁴ Le 18 juin 2013, la Cour de céans a requis du recourant des informations complémentaires, afin de connaître précisément l'activité exercée auprès du dernier employeur depuis le 1^{er} décembre 2011, son revenu, les raisons pour lesquelles il considérait que l'activité de machiniste/magasinier n'était pas adaptée à ses limitations fonctionnelles ou s'il avait présenté une incapacité de travail depuis sa reprise d'activité en décembre 2011. ³⁵ Par courrier du 8 juillet 2013, le conseil du recourant a informé la Cour de céans qu'il avait cessé d'assurer la défense de ses intérêts. ³⁶ Le 9 juillet 2013, la Cour de céans a transmis une nouvelle fois au recourant son courrier du 18 juin 2013, en lui rappelant le délai qui lui avait été imparti au 17 juillet 2012 pour y répondre. ³⁷ Sans réponse du recourant, les parties ont été convoquées à une audience de comparution personnelle devant se tenir en date du 3 septembre 2013, le recourant ne s'y est toutefois ni présenté ni excusé. ³⁸ Sur ce, 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; RS 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). ^{2.} Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). ^{3.} En l'espèce, au vu des faits pertinents remontant à

l'année 2008, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision jusqu'au 31 décembre 2011, et après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications relatives à la 6^{ème} révision, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. 3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité postérieurement au 28 février 2009. 5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente 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 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). 6. Il convient tout d'abord de déterminer si l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis le 12 mars 2009, comme retenu par l'intimé. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). b) 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). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). 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). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). c) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 180 consid. 3.2 ; 128 III 411 consid. 3.2). Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui

voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe 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 322, consid. 5a). En présence d'un refus de collaborer, le juge est fondé à procéder à une appréciation des preuves sur la base des éléments du dossier (KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, n. 59 ad art. 61). Il ne peut toutefois se contenter d'examiner la décision attaquée sous l'angle du refus de collaborer de l'intéressé et s'abstenir de tout examen matériel de ladite décision sous l'angle des faits médicaux retenus par l'assureur (ATFA non publié du 6 mai 2004, I 90/04, consid. 4 ; voir aussi RCC 1985 p. 322). d) 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). 7. a) Préalablement, il sera relevé que le recourant n'a pas répondu au courrier de la Cour de céans du 18 juin 2013 et ne s'est pas présenté lors de l'audience de comparution personnelle du 3 septembre 2013. b) En l'espèce, l'OAI s'est fondé en substance sur l'avis du SMR du 25 juin 2010 et sur le rapport de la CRR du 30 mars 2009 pour retenir que la capacité de travail du recourant était nulle du mois de janvier 2008 au 12 mars 2009, date à laquelle elle était à nouveau entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il convient de constater que ledit rapport de la CRR présente valeur probante au sens de la jurisprudence, ce que le recourant n'a pas contesté. En effet, il a été établi suite à un séjour d'un mois à la CRR et sur la base d'une anamnèse personnelle, professionnelle et médicale du recourant, de son dossier médical, des documents radiologiques, des examens cliniques somatiques et psychiatriques et a tenu compte des plaintes du recourant. Les médecins ont également exposé leurs constatations cliniques et motivé leurs conclusions. Toutefois, on ne saurait retenir, à l'instar de l'intimé et du SMR, que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% déjà dès le 12 mars 2009, soit dès la sortie du recourant de la CRR. En effet, d'une part, les médecins de la CRR ne se sont pas prononcés sur une capacité de travail dans une activité adaptée et ont conclu que la capacité de travail dans l'activité antérieure était nulle jusqu'au 11 avril 2009. Ils ont précisé que si la situation avait certes évolué de manière globalement favorable, le recourant devait continuer la prise en charge physiothérapeutique et ses séances psychothérapeutiques cognitivo-comportementales et il existait encore une certaine irritabilité des deux genoux dans un contexte de polyarthrite rhumatoïde comme en témoignait une lame d'épanchement. Il devait également être discuté avec l'employeur d'un essai de reprise d'activité à but thérapeutique. D'autre part, le Dr G_____ a déterminé, en date du 24 août 2009, que l'état de santé du recourant s'était stabilisé et qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui étaient les suivantes : pas de travail sur les échelles et les échafaudages, en position agenouillée ou accroupie, rarement des travaux sur terrain très inégal/accidenté ou la marche sur des

distances jusqu'à 250 mètres, parfois des ports de charges jusqu'à 15 kilogrammes, et pas de ports de charges supérieures à 15 kilogrammes. Compte tenu de ces rapports de spécialistes, le recourant a recouvré, au degré de la vraisemblance prépondérante prévue par la jurisprudence, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles au plus tôt dès le 11 avril 2009, aucun médecin ayant examiné le recourant n'ayant retenu une capacité de travail antérieurement. Quant aux autres rapports de médecins au dossier, soit ceux des Drs I_____, B_____ et C_____, ils ne mettent pas en exergue d'éléments déterminants remettant en cause cette conclusion. Dès lors, la Cour de céans considère que l'état de santé du recourant s'est amélioré dès le 11 avril 2009, en ce sens que celui-ci présentait depuis lors une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. 8. Reste à se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant et sur la durée de son droit à une rente d'invalidité. [endif]>![if> a) L'art. 28 al. 2 LAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, 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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), 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. Conformément à l'art. 29 al. 3 LAI (dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008), la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. b) Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. c) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition 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. 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). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou

aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après l'ESS ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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 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; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). 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). 9. En l'espèce, l'incapacité de travail du recourant était totale dans toutes les activités lucratives dès le 14 janvier 2008 et la demande de prestations a été déposée à l'OAI en juin 2008, de sorte que c'est à juste titre que l'OAI a fixé le début de son droit à une rente entière d'invalidité au 1^{er} janvier 2009. En outre, il a précédemment été déterminé que cette incapacité de travail dans toutes les activités lucratives s'est maintenue jusqu'au 11 avril 2009, date à laquelle la capacité de travail du recourant était à nouveau entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ainsi, dans la mesure où le changement important de la capacité de travail ayant une incidence sur la capacité de gain remonte à avril 2009, il convient de se placer en 2009 pour procéder à la comparaison des revenus (ATF non publié I 95/07 du 15 février 2008 consid. 5). Le revenu sans invalidité doit être déterminé en se fondant sur les déclarations de l'employeur du recourant lequel a indiqué qu'en 2009, son revenu mensuel aurait été de 5'250 fr., complété par un treizième salaire, de sorte qu'on arrive, comme l'OAI, à un salaire annuel 2009 de 68'250 fr. (5'250 x 13). Pour ce qui est du revenu d'invalidé, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les salaires résultant de l'ESS. En effet, le recourant n'a repris une activité lucrative adaptée à son état de santé que dès le 1^{er} décembre 2011. Ainsi, d'après l'ESS 2008, le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive (tableau TA1, niveau de qualification 4, ligne totale, homme, part au 13^{ème} salaire comprise) est de 4'806 francs. Ce salaire hypothétique, calculé sur la base d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2009, lequel est de 41.6 heures (cf. Tableau

« durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office fédéral de la statistique) et à l'indice suisse des salaires nominaux (ISS ; en 2008 : 2'092 et en 2009 : 2'136). On obtient ainsi un revenu annuel brut de 61'240 fr. 40. En outre, l'OAI a fixé l'abattement à 15%, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant et du fait que seule une activité légère pouvait être exercée. Dans la mesure où le recourant était âgé de 55 ans en 2009, l'abattement peut être augmenté à 20%, de sorte que le revenu d'invalidité 2009 est de 48'992 fr. 30 ($61'240.40 - 20\% \times 61'240.40$). Partant, le degré d'invalidité du recourant est de 28% ($[(68'250 - 48'992.30) \times 100 / 68'250]$), taux n'ouvrant pas de droit à une rente. Dès lors, les conditions de la révision du droit à une rente entière d'invalidité sont réunies pour supprimer entièrement cette rente dès le 1^{er} août 2009, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé du recourant (88a al. 1 RAI), et non dès le 1^{er} mars 2009, comme l'a fait l'OAI. Pour le surplus, il sera encore relevé que le recourant a débuté, le 1^{er} décembre 2011, une nouvelle activité auprès de son dernier employeur pour le même salaire que précédemment, de sorte que son degré d'invalidité est nul dès ce moment-là (cf. ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). 10. En conséquence, le recours est très partiellement admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 31 juillet 2009. Au vu de l'issue du litige et le recourant ayant été représenté jusqu'au 8 juillet 2013, une indemnité de 750 fr. lui est allouée à titre de dépens (art. 61 let. g LGPA et 89H al. 3 de la loi genevoise sur la procédure administrative ; LPA – E 5 10). De plus, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI par devant la Cour de céans étant soumise à des frais de justice, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1bis LAI et 89H al. 4 LPA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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