



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1235/2016

ATAS/784/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 29 septembre 2016**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Daniela LINHARES

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1959 et originaire du Portugal est entré en Suisse en mai 1989. Il a travaillé depuis mars 1999 en tant que nettoyeur dans le bâtiment chez B\_\_\_\_\_ SA.
2. Le 13 mars 2013, il est tombé d'un échafaudage d'une hauteur entre 2,5 et 3 m avec réception sur les deux pieds, accident qui a provoqué une luxation de l'articulation Chopart du pied gauche et une fracture du bord intérieur du tibia et du bord postéro-externe du dôme talien du pied droit. Le jour même de l'accident il a fait l'objet d'une intervention chirurgicale consistant en une réduction fermée de la luxation du pied gauche. Son incapacité de travail était totale depuis cet accident.
3. Selon le procès-verbal relatif à l'entretien de la Caisse nationale suisse en cas d'accident (SUVA) qui a pris en charge les suites de l'accident, avec l'assuré en date du 9 juillet 2013, l'état de santé de celui-ci s'améliorait. Il existait toutefois encore des douleurs à ses chevilles qui avaient tendance à enfler, et l'assuré devait se déplacer avec des cannes. Il ne prenait plus de médicaments, mais poursuivait la physiothérapie à raison de deux fois par semaine. L'incapacité de travail était toujours totale pour une durée indéterminée. Quant à son activité professionnelle, l'assuré a indiqué que l'activité de nettoyeur en bâtiment était passablement physique, toujours en position debout, parfois sur des terrains irréguliers, sur des chantiers pour de nombreuses manutentions.
4. Dans son rapport du 13 août 2013, le docteur C\_\_\_\_\_ du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a indiqué que l'assuré avait commencé la rééducation à la marche en charge selon les douleurs et faisait des progrès. Il avait encore peur de marcher sans béquille, mais le Dr C\_\_\_\_\_ espérait qu'il arrivait à marcher sans béquilles dans les prochaines semaines.
5. En septembre 2013, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
6. Selon le rapport du 29 octobre 2013 de la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne FMH, l'incapacité de travail est totale et l'activité exercée ne sera pas exigible avant 2014.
7. Dans le rapport d'évaluation du 17 décembre 2013 de l'OAI, dans le cadre de l'intervention précoce, il est indiqué que l'assuré pensait reprendre son activité habituelle dans un délai de trois ou quatre mois, soit le temps nécessaire pour que les os se ressoudent complètement.
8. Selon le rapport du 22 février 2014 du docteur E\_\_\_\_\_ du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur des HUG, l'évolution est lentement favorable et le patient est suivi régulièrement en consultation orthopédique. A la dernière consultation du 29 janvier 2014, il se déplaçait à l'aide d'une canne et se plaignait de douleurs mal systématisées au niveau du pied droit. Il présentait également des faiblesses au niveau du genou des deux côtés. A l'examen

clinique, le pied gauche est un peu tuméfié et la mobilité de la cheville est limitée. Le pied droit est également un peu tuméfié et sa mobilité est douloureuse et mal systématisée. Le traitement consiste en physiothérapie en vue d'un renforcement musculaire et proprioception. La capacité de travail est nulle pour une durée indéterminée et, à l'heure actuelle, il est trop tôt pour se prononcer sur l'influence de son accident sur sa capacité de travail.

9. Selon le rapport du 9 mai 2014 de la doctoresse F\_\_\_\_\_ de l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, l'évolution est lentement favorable avec abandon de la canne. Des douleurs persistent à la marche prolongée et dans les escaliers. La physiothérapie se poursuit. Un travail physiquement moins lourd paraît souhaitable. L'état n'est pas encore stabilisé.
10. Selon la note de l'entretien de la SUVA avec l'assuré en date du 12 mai 2014, l'évolution est bonne, mais lente. L'assuré ressent encore des douleurs aux chevilles, surtout à droite, laquelle demeure fragile et enflée. Il ne prend plus de médicaments, mais poursuit des séances de physiothérapie, pratique du vélo environ  $\frac{3}{4}$  heures par jour. La marche s'effectue sans canne, en faisant attention. Son incapacité de travailler demeure nulle pour une durée indéterminée. L'assuré espère pouvoir reprendre son activité professionnelle dans le courant du mois de juillet 2014.
11. Le 23 mai 2014, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré que l'incapacité de travail de 100 % était probablement toujours médicalement justifiée pour les seules suites accidentelles. Après la prochaine consultation, une capacité de travail à 100 % pourrait être envisagée.
12. Selon le rapport du 20 juin 2014 de la Dresse D\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assuré s'est amélioré. L'évolution est lentement favorable, mais une tuméfaction de la cheville gauche persiste. Il y a une limitation pour la marche en terrain irrégulier, pour les escaliers et des appuis prolongés. La capacité de travail en tant que nettoyeur est nulle. Une reprise de travail sera éventuellement possible dans trois à six mois.
13. Dans son examen du 4 septembre 2014, le médecin d'arrondissement de la SUVA a constaté que l'évolution du côté gauche était plutôt satisfaisante, mais que des douleurs persistaient au niveau de la cheville droite, laquelle était gonflée et posait des difficultés pour se déplacer dans les escaliers.
14. Le 26 septembre 2014, l'assuré a été examiné par le H\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en chirurgie orthopédique FMH à la Clinique romande de réadaptation (CRR). Dans son rapport du 2 octobre suivant, ce médecin a relevé que l'assuré était surtout gêné par l'atteinte à droite qui semblait se concentrer dans la région sous-malléolaire interne et externe. Il avait l'impression d'un petit affaissement du médio-pied et se demandait s'il n'y avait pas également une lésion plus complexe avec peut-être une lésion ligamentaire qui pourrait expliquer une asymétrie statique du côté symptomatique. Il a proposé des examens

---

radiologiques supplémentaires, ainsi que le port d'une chaussure de sécurité. La marche à plat et les montées étaient améliorées par le chaussage mais l'assuré demeurait bien limité dans les descentes et les escaliers.

15. Selon le rapport du 15 décembre 2014 de la doctoresse D\_\_\_\_\_, l'état s'est amélioré, notamment la mobilité des deux chevilles et la tuméfaction. Le pronostic est favorable mais des séquelles possibles avec limitations pour les travaux physiques. Une reprise du travail est à revoir dans trois à six mois.
16. Le 18 décembre 2014, la Dresse F\_\_\_\_\_ a attesté que l'évolution était défavorable avec l'apparition d'une arthrose II, mais que la symptomatologie s'était légèrement améliorée avec la physiothérapie. Une reprise du travail n'était pas envisageable et il conviendrait d'intervenir auprès de l'employeur pour l'attribution d'un travail approprié.
17. Selon le rapport du 27 février 2015 de la Dresse F\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail dans l'activité habituelle est nulle. Dans une activité adaptée, elle est de 100%. Dès maintenant, l'assuré présente une aptitude à la réadaptation, mais continue à souffrir de douleurs à la marche et présente une boiterie.
18. Dans son rapport du 22 octobre 2015, le Dr G\_\_\_\_\_ de la SUVA a considéré qu'il était difficile de conclure à une capacité de travail de 100 %, dès lors que les douleurs persistaient, et qu'une reprise du travail dans l'ancien poste de travail n'était pas vraisemblable, compte tenu de l'atteinte bilatérale. Depuis un an, il n'y avait pas d'évolution notable et il fallait envisager une activité professionnelle essentiellement en position assise.
19. Dans son avis médical du 14 décembre 2015, le Docteur I\_\_\_\_\_ du Service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a constaté qu'une arthrose tibio-tarsienne persistait. Selon le docteur F\_\_\_\_\_, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> mars 2015 dans un poste sédentaire épargnant l'articulation de la cheville et, selon Docteur C\_\_\_\_\_ de la consultation du pied, la situation était stationnaire depuis cette date. Toutefois, selon le status du Dr E\_\_\_\_\_ du 22 février 2014, l'examen ne provoquait pas de douleur à la mobilisation ou à la palpation du pied gauche. Au pied droit, la douleur était provoquée à la mobilisation et était mal systématisée. Cela étant, le Dr I\_\_\_\_\_ a considéré que les présentations cliniques n'étaient pas suffisantes pour justifier une poursuite de l'incapacité de travail dans une activité adaptée et que la capacité de travail était totale dans une telle activité depuis février 2014 au moins. Les limitations fonctionnelles concernaient le travail accroupi, à genoux, sur des échelles ou des échafaudages et la marche. Le travail devait être sédentaire ou debout, sans déplacements.
20. En février 2016, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI) a établi la perte de gains à 9,21 %, en se fondant, pour le salaire avec invalidité, sur les salaires statistiques avec une réduction de 20 % pour tenir compte de ce que seules les

activités légères étaient possibles, de l'âge, des limitations fonctionnelles et du nombre d'années de travail au sein de l'entreprise.

21. Le 5 février 2016, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision de refus de reclassement et de rente d'invalidité. Pour bénéficier de mesures professionnelles, le manque à gagner devait être de 20 %, ce qui n'était pas le cas de l'assuré.
22. Dans son rapport du 8 février 2016 adressé à la SUVA, la Dresse F\_\_\_\_\_ a indiqué que les douleurs de type surcharge tendineuse s'étaient améliorées, mais qu'il n'y avait aucun bénéfice au niveau de la douleur mécanique en barre au niveau de l'interligne tibio-talienne. Les semelles avaient apporté un bénéfice surtout pour les douleurs péri-malléolaires internes. En l'absence d'une amélioration de la symptomatologie, la physiothérapie avait été arrêtée. Le Dr E\_\_\_\_\_ proposait une arthrodèse vs (versus) prothèse totale de la cheville.
23. Selon le courrier du 17 février 2016 de la Dresse D\_\_\_\_\_, l'assuré ne peut pas reprendre le travail comme nettoyeur. Une décision opératoire avec blocage de la cheville droite reste en suspens. Un reclassement professionnel doit absolument lui être proposé.
24. Dans sa note datée du 1<sup>er</sup> mars 2016 à l'attention de la SUVA, le Dr E\_\_\_\_\_ - a fait état d'une consultation en raison de la persistance des douleurs qui étaient fluctuantes, mais stagnantes depuis la dernière consultation auprès de la Dresse F\_\_\_\_\_ le 8 juillet 2015 et la décision de suspendre la rééducation pendant un certain temps. L'assuré ne souffrait pas de douleurs au repos ni la nuit. Elles apparaissaient lors de la marche et devenaient insupportables au bout de 20 minutes (7/10 sur l'échelle des douleurs). Ce spécialiste a dès lors proposé une arthrodèse vs prothèse totale de cheville, tout en précisant que l'assuré n'était pas prêt pour cette intervention, jugeant les douleurs finalement supportables et pouvant se débrouiller sans chirurgie.
25. Le 7 mars 2016, l'assuré, représenté par son conseil, a contesté le projet de décision de l'OAI. En novembre 2014, la Dresse D\_\_\_\_\_ avait considéré que sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Le 18 février 2016, elle avait jugé un reclassement professionnel nécessaire. Il était par ailleurs régulièrement suivi par l'Unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG. Son état n'étant pas encore stabilisé, le projet de décision était prématuré.
26. Par décision du 9 mars 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision.
27. Par acte du 22 avril 2016, l'assuré a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité, ainsi que de mesures de reclassement, sous suite de dépens. Il a relevé que, selon la Dresse F\_\_\_\_\_, son état de santé n'était pas encore stabilisé en juin 2014. Le Dr G\_\_\_\_\_ de la SUVA n'avait pas non plus envisagé la reprise du travail, dans son rapport du 23 mai 2014. La Dresse F\_\_\_\_\_ avait considéré, dans son rapport du 27 février 2015, que l'activité exercée n'était plus exigible et qu'il

fallait prévoir une baisse de rendement une activité adaptée. Ainsi, le SMR avait retenu de manière totalement arbitraire une capacité de travail dans une activité adaptée dès février 2014. En vue des divergences entre les différents médecins, l'intimé aurait dû mettre en place une expertise.

28. Dans sa réponse du 19 mai 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a implicitement considéré que l'avis médical du SMR était suffisant pour déterminer le début de la capacité de travail dans une activité adaptée. Quant aux mesures de réadaptation, leur octroi présupposait que l'assuré fût susceptible d'être réadapté, à savoir qu'il fût objectivement et subjectivement en état de suivre avec succès ces mesures. L'assuré qui se considérait comme totalement incapable de travailler, comme en l'espèce, ne remplissait pas la condition subjective.
29. Selon le procès-verbal relatif à un entretien du 17 juin 2016 entre le recourant, assisté de son épouse, et la SUVA, le premier est maintenant d'accord avec une arthrodèse, dont l'éventualité sera discutée avec le Dr E\_\_\_\_\_ le 5 juillet 2016, dès lors que les douleurs ne font que s'aggraver au niveau de la cheville droite. Le recourant a fait état de ce qu'il perdait l'équilibre à droite et que son incapacité de travail était totale. Il présentait également une boule sur le pied gauche et perdait l'équilibre de ce côté. La SUVA s'était engagée de son côté à informer le recourant avant de mettre fin au paiement des indemnités journalières.
30. Dans son rapport du 22 juin 2016 à la chambre de céans, la Dresse F\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle avait vu pour la première fois le recourant le 28 février 2014, de sorte qu'elle ne pouvait se prononcer quant à la stabilisation du cas en février 2014. Il souffrait alors essentiellement des douleurs sous forme de barres horizontales au niveau de l'interligne tibio-talienne, parfois irradiantes vers la malléole latérale ou vers la malléole médiale. Il présentait également beaucoup de surcharges, notamment au niveau du tendon d'Achille, des jambiers postérieurs et des péronés, associées à un manque de force et de proprioception. Lors de la deuxième consultation, il avait pu abandonner les cannes, mais se plaignait toujours d'un dérouillage matinal avec une persistance de douleurs lors de la montée et descente d'escaliers. C'est alors que ce médecin a recommandé un ajout de semelles. En septembre 2014, il a ressenti une amélioration de la force et de l'endurance. Par contre, une douleur en barre antérieure persistait. Suite au bilan par le Dr H\_\_\_\_\_, une mise en place de bottes avec un soutien latéral avait été proposée, mais l'assuré n'arrivait pas à descendre et à monter les marches avec ces souliers. Entre février 2014 et juillet 2015, il y avait une amélioration des douleurs de type surcharge tendineuse, mais pas de changement de la douleur tibio-talienne. Les semelles avaient apporté une très bonne amélioration et l'infiltration tibio-talienne avait montré un tout petit bénéfice. Initialement, une indication opératoire avait été retenue et une arthrodèse vs prothèse totale de la cheville lui avait été proposée en janvier 2014, mais il souhaitait réfléchir. La Dresse F\_\_\_\_\_ a ainsi constaté depuis février 2014 une lente amélioration. À la question de savoir depuis quelle date on pouvait affirmer avec certitude que l'assuré ne pourrait plus reprendre une activité

professionnelle habituelle de nettoyeur en bâtiment, ce médecin a répondu que, dans les cas compliqués comme celui de l'assuré, on se donnait souvent un an et demi pour réaliser une rééducation adéquate. Après un an et demi à deux ans, on pouvait affirmer que le patient ne pouvait plus reprendre sa profession. Néanmoins, même si l'état de santé n'était pas encore stabilisé en février 2014, le recourant avait une aptitude pour une réadaptation professionnelle dès cette date. Enfin, sa capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sédentaire.

31. Dans son avis médical du 11 juillet 2016, le Dr J\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que la Dresse F\_\_\_\_\_ avait confirmé en tous points les conclusions du SMR en ce qui concerne la pleine capacité de travail dans une activité adaptée et la possibilité du début de la réadaptation en février 2014.
32. Sur la base de cet avis médical, l'intimé a persisté dans ses conclusions, par écriture du 11 juillet 2016.
33. Par écriture du 17 juillet 2016, le recourant a également persisté dans ses conclusions. Il a indiqué qu'il ressortait des rapports antérieurs de la Dresse F\_\_\_\_\_ à la SUVA que celle-ci avait estimé que son état de santé n'était pas stabilisé. Par ailleurs, il devrait être opéré en septembre ou octobre 2016. Partant, son état de santé n'était pas encore stabilisé à ce jour. Le recourant s'est enfin étonné que la Dresse F\_\_\_\_\_ eût considéré, dans son rapport à la chambre de céans, qu'il était capable de travailler dans une activité adaptée, alors qu'elle avait indiqué à la SUVA, en mai 2014, que l'incapacité de travail à moyen et à long terme devait être réévaluée.
34. Dans son avis médical du 23 août 2016, le Dr J\_\_\_\_\_ du SMR a notamment relevé que la Dresse F\_\_\_\_\_ avait signalé, dans un courrier du 8 février 2016, la persistance de douleurs mécaniques de la cheville, soit de douleurs seulement en rapport avec des sollicitations de cette articulation. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait indiqué dans sa note du 27 janvier 2016 (recte 1<sup>er</sup> mars 2016) que l'assuré n'était pas prêt pour une chirurgie, les douleurs étant pour l'instant supportables et le patient pouvant se débrouiller sans chirurgie. Cela confirmait également la possibilité d'une reprise d'une activité adaptée. Le Dr G\_\_\_\_\_ avait aussi fait état de la nécessité d'une activité en position assise le 22 octobre 2015. Enfin, même dans l'hypothèse d'une intervention au niveau du pied droit, les limitations fonctionnelles de ce membre persisteront et l'incapacité de travail dans une activité strictement adaptée ne sera que très temporaire.
35. Par écriture du 29 août 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions et a relevé qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé ne pourrait avoir une influence sur le droit aux prestations que si elle avait duré trois mois sans interruption. Enfin, le juge devait apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus

postérieurement ayant modifié cette situation devaient faire l'objet d'une nouvelle décision.

36. Par écriture du 9 septembre 2016, le recourant a répété que la décision de l'OAI était prématurée, dès lors que son état de santé n'était pas stabilisé à ce jour. Par ailleurs, les douleurs devenaient de plus en plus vives et empiraient de jour en jour. Il a ainsi persisté dans ses conclusions.
37. 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
3. L'objet du litige est la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité et/ou à une mesure d'ordre professionnelle. Ce pose singulièrement la question de savoir à partir de quelle date il était exigible que le recourant reprenne le travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.
4. 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<sup>er</sup> janvier 2008).

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).

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).

5. 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).

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.
7. Conformément aux 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 LPG) 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.

8. 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).
9. 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).
10. 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).
11. Selon l'intimé, le recourant a récupéré une capacité de travail totale dans une activité adaptée à partir de février 2014. Des limitations fonctionnelles existent dans un travail accroupi, à genou, sur les échelles ou des échafaudages et la marche. L'activité adaptée doit ainsi être sédentaire ou debout, sans déplacement.

Cela est contesté par le recourant qui estime qu'il n'a pas à ce jour, et en particulier à la date de la décision litigieuse du 9 mars 2016, récupéré une capacité de travail dans une activité adaptée, dès lors que son état n'est pas stabilisé.

Il ressort du dossier que la Dresse D\_\_\_\_\_ atteste le 29 octobre 2013 que l'incapacité de travail est totale et que l'activité exercée ne sera pas exigible avant 2014. Il résulte donc de ce rapport que fin octobre 2013 du moins, il n'était pas encore certain que le recourant ne puisse plus reprendre son ancienne activité. Le 22 février 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ certifie que l'évolution est lentement favorable et que le patient se déplace à l'aide d'une canne et se plaint de douleurs mal systématisées au niveau du pied droit. La capacité de travail est nulle pour une durée indéterminée et il est trop tôt pour se prononcer sur l'influence de l'accident sur la capacité de travail. La Cour de céans conclut de ce rapport que, selon le chirurgien, il n'était pas encore possible, en février 2014, d'exclure totalement la reprise de l'ancienne activité professionnelle. De surcroît, encore le 29 janvier 2014, l'assuré se déplaçait avec une canne. Le 9 mai 2014, la Dresse F\_\_\_\_\_ constate une évolution lentement favorable avec abandon de la canne. Il y a toujours des douleurs à la marche prolongée et dans les escaliers et la physiothérapie se poursuit. Un travail physiquement moins lourd paraît souhaitable et l'état n'est pas encore stabilisé, de l'avis de ce médecin. Lors de l'entretien du recourant avec la SUVA en date du 12 mai 2014, le premier déclare qu'il ressent encore des douleurs, poursuit les séances de physiothérapie et ne prend plus de médicaments. Il pratique le vélo environ trois quarts d'heures par jour et Il marche sans canne, en faisant attention. Le recourant déclare enfin à la SUVA qu'il espère pouvoir reprendre son activité professionnelle dans le courant du mois de juillet 2014. Le Dr G\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, considère le 23 mai 2014 que l'incapacité de travail est toujours médicalement justifiée, mais qu'après la prochaine consultation, une capacité de travail à 100 % pourrait être envisagée. Le 20 juin 2014, la Dresse D\_\_\_\_\_ atteste d'une amélioration de l'état de santé avec une limitation de la marche en terrain irrégulier, pour les escaliers et les appuis prolongés. Selon ce médecin, la capacité de travail est nulle en tant que nettoyeur. Une reprise de travail sera éventuellement possible dans trois à six mois. Le 26 septembre 2014, l'assuré a été adressé à la consultation du pied du Dr H\_\_\_\_\_, qui propose notamment le port d'une chaussure de sécurité, laquelle a amélioré la marche à plat et les montées, mais handicapait l'assuré dans les descentes et les escaliers. Dans son rapport du 15 décembre 2014, la Dresse D\_\_\_\_\_ fait état d'un pronostic favorable, mais avec des séquelles possibles et des limitations pour des travaux physiques. Une reprise de travail est à prévoir dans trois à six mois. Quant à la Dresse F\_\_\_\_\_, elle atteste le 18 décembre 2014 une évolution défavorable avec l'apparition d'une arthrose, tout en indiquant que la symptomatologie s'est légèrement améliorée avec la physiothérapie. Une reprise de travail n'est pas envisageable et il conviendrait d'intervenir auprès de l'employeur pour l'attribution d'un travail approprié. Le 27 février 2015, elle atteste d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, ainsi qu'une aptitude à la réadaptation, en dépit des douleurs à la marche et d'une

boiterie. Il est à noter également que le 22 octobre 2015, le Dr G\_\_\_\_\_ considère qu'il n'y a pas une évolution notable depuis une année et qu'il faut envisager une activité professionnelle essentiellement en position assise. Enfin, la Dresse F\_\_\_\_\_ déclare le 22 juin 2016 à la chambre de céans qu'elle suivait le recourant depuis le 28 février 2014 et qu'il n'avait pu abandonner ses cannes que lors de la deuxième consultation. Elle lui a recommandé un ajout de semelles orthopédiques. La mise en place de bottes avec un soutien latéral proposé à l'assuré, suite au bilan par le Dr H\_\_\_\_\_, a été abandonnée, l'assuré n'arrivant pas à descendre et monter les marches. Entre février 2014 et juillet 2015, ce médecin a constaté une amélioration des douleurs de type surcharge tendineuse, mais pas de changement de la douleur tibio-talienne. Les semelles ont apporté une très bonne amélioration et une infiltration tibio-talienne a montré un tout petit bénéfice. Ainsi, il y avait une lente amélioration depuis février 2014, sans que ce médecin puisse se prononcer sur une stabilisation de l'état à cette date. Par ailleurs, ce médecin précise que l'on se donne un an et demi pour réaliser une rééducation adéquate dans les cas compliqués, comme celui du recourant. Ce n'est qu'après un an et demi, voire deux ans qu'il peut être affirmé qu'il ne pourrait plus reprendre sa profession. Néanmoins, en février 2014, le recourant avait déjà une aptitude pour une réadaptation professionnelle. Elle confirme enfin que sa capacité de travail est de 100 % dans une activité sédentaire.

Des documents susmentionnés, il résulte qu'il n'était pas clair dès le départ que le recourant ne pourrait plus exercer son ancienne profession en raison des séquelles son accident. La rééducation a été longue, celle-ci ayant duré jusqu'au 8 juillet 2015 (cf. note du 1<sup>er</sup> mars 2016 du Dr E\_\_\_\_\_), et le traitement médical n'a permis que lentement une amélioration de la symptomatologie douloureuse. Par ailleurs, encore le 29 janvier 2014, le recourant se déplaçait à l'aide d'une canne et le Dr E\_\_\_\_\_ a estimé le 22 février 2014 qu'on ne pouvait pas encore se prononcer sur l'influence de l'accident sur la capacité de travail. Ce n'est qu'en mai 2014 que la Dresse F\_\_\_\_\_ estime qu'un travail physiquement moins lourd paraît souhaitable. Néanmoins, lors de l'entretien du recourant avec la SUVA en date du 12 mai 2014, celui-ci espérait encore reprendre son activité professionnelle dans le courant du mois de juillet 2014. Ce n'est en outre que dans le courant de l'année 2014 que des semelles orthopédiques lui sont prescrites. Fin septembre/début octobre 2014, un essai avec le port d'une chaussure de sécurité est tenté, mais n'est pas concluant. Le 27 février 2015 que la Dresse F\_\_\_\_\_ atteste finalement une capacité de travail totale dans une activité adaptée. En suivant ce médecin, la reprise de la précédente activité par le recourant pouvait être exclue au plus tôt en septembre 2014, dès lors qu'il il faut attendre, dans les cas compliqués, un an et demi à deux ans avant de pouvoir affirmer que le patient ne pourrait plus reprendre sa profession, et que l'accident est survenu en mars 2013. Cependant, comme le recourant a encore tenté d'améliorer son état de santé avec des bottes en septembre/octobre 2014, il y a lieu de considérer que tout n'avait pas encore été tenté avant cette date à titre de mesures

médicales, de sorte que son état ne pouvait être considéré comme suffisamment stabilisé.

C'est le lieu de relever également que la reprise d'une activité professionnelle, du moins dans une nouvelle profession, présuppose une certaine stabilisation de l'état de santé, dès lors qu'il ne peut être imposé à un nouvel employeur de libérer son employé fréquemment pour des traitements médicaux. A cet égard, il est à rappeler notamment que le recourant a dû se déplacer le 26 septembre 2014 à la CRR à Sion, pour la consultation du Dr H\_\_\_\_\_, indépendamment des nombreuses séances de physiothérapie. Les chances de se réinsérer dans le marché du travail paraissent nulles dans ces conditions, aucun employeur n'acceptant d'engager et de garder une personne qui doit fréquemment s'absenter pour suivre un traitement médical.

Il ressort néanmoins des rapports précités qu'il apparaissait en octobre 2014 que le recourant ne pourrait plus travailler comme nettoyeur et qu'après l'échec des bottes orthopédiques, tout avait été essayé pour améliorer l'état de ses pieds, hormis l'arthrodèse que le recourant n'avait pas à l'époque l'intention de subir.

Dans ces conditions, la chambre de céans est de l'avis qu'il était prématuré de considérer en février 2014 que le recourant ne puisse plus reprendre son ancienne profession et qu'il était exigible qu'il reprenne le travail dans une activité adaptée. En effet, aucun pronostic sur la capacité de travail ne pouvait être émis avant la fin de la rééducation. Ce n'est qu'en octobre 2014, il devenait clair que le recourant ne pourrait plus travailler en tant que nettoyeur, que tout avait été tenté, hormis l'arthrodèse, pour améliorer les séquelles de l'accident et qu'il n'y avait plus d'évolution notable de la symptomatologie.

Partant, une incapacité de travail totale doit être admise jusqu'en octobre 2014.

12. Il apparaît ainsi qu'au moment de la naissance du droit à la rente en mars 2014, soit après une année d'incapacité de travail et six mois après le dépôt de la demande, le recourant présentait une incapacité de travail totale et ceci jusqu'en octobre 2014.

- a. 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). En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAD); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée

---

comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1).

b. Conformément aux principes ci-dessus, l'amélioration de l'état de santé en octobre 2014 doit être retenue trois mois après, à savoir dès février 2015. Ainsi, le recourant peut prétendre à une rente entière de mars 2014 à janvier 2015.

13. a. Pour la période à compter de février 2015, une capacité de travail de 100% doit être admise dans une activité sédentaire, conformément aux attestations des Dresses K\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_.

Dans son recours, le recourant fait valoir que la Dresse F\_\_\_\_\_ atteste le 27 février 2015 qu'une baisse de rendement est à prévoir dans l'exercice d'une activité adaptée. Cependant, cela ne ressort pas de ce rapport. La baisse de rendement dont il est sommairement fait état se réfère à l'activité habituelle. Dans son courrier du 22 juin 2016 à la chambre de céans, ce médecin ne fait pas non plus état d'une diminution de rendement et atteste une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Par ailleurs, il est difficilement compréhensible pourquoi le recourant subirait une baisse de rendement dans une activité sédentaire, les membres supérieurs n'étant pas affectés.

b. Certes, son état n'est pas encore totalement stabilisé, ce qui est notamment reconnu par la SUVA. Toutefois, d'ores et déjà, le recourant est en mesure de reprendre une activité adaptée en position assise en octobre 2014 en dépit des douleurs dans le pied, lesquelles sont cependant essentiellement mécaniques et se manifestant lors de sollicitations, comme l'a relevé à juste titre le médecin du SMR.

c. Le degré d'invalidité doit ainsi être déterminé sur la base de la perte de gain du recourant dans une activité adaptée à 100% avec un rendement complet. Or, cette perte de gain n'est que de 9,21 %, selon le calcul de l'intimé, lequel n'est pas mis en cause et qui correspond aux prescriptions légales, ainsi qu'à la jurisprudence en la matière. Partant, le recourant ne peut pas prétendre à une rente pour la période subséquente.

d. Quant à l'arthrodèse vs prothèse totale de la cheville que le recourant subira prochainement, elle ne provoquera pas une incapacité de travail durable dans une activité assise et constitue en tout état de cause un élément postérieur à la décision litigieuse qui devra cas échéant être pris en compte dans le cadre d'une révision.

14. Reste à examiner si le recourant peut prétendre à des mesures d'ordre professionnel.

a. Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie

professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

b. Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_100/2008 du 4 février 2009 consid 3.2 et les références).

c. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_464/2009 du 31 mai 2010).

d. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, n<sup>os</sup> 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les

possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

15. Dans la décision querrellée, l'intimé a refusé la mise en œuvre de mesures d'orientation professionnelle, au motif que la perte de gain du recourant est inférieure à 20 %. Dans sa réponse au recours, l'intimé ne mentionne plus ce motif, mais justifie le refus par le fait qu'un assuré qui se considère totalement incapable de travailler, ne remplit pas la condition subjective pour l'octroi de mesures de réadaptation.

a. C'est à juste titre que l'intimé ne se réfère plus à une perte de gain durable de 20 %. En effet, outre le fait que cette limitation ne résulte pas de la loi, la jurisprudence a fixé ce principe pour des mesures de reclassement professionnel, soit une formation dans une autre profession, droit qui est toutefois uniquement ouvert aux assurés ayant déjà une formation, ce qui n'est pas le cas du recourant. Au contraire, selon la loi et la doctrine en la matière, il n'est pas nécessaire, pour l'octroi de mesures de réadaptation, que l'invalidité atteigne un degré minimum d'invalidité (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), 2011, ch. 1236 p. 342). Par ailleurs, la jurisprudence a toujours laissé ouverte la question de savoir si le degré d'invalidité minimal de 20 % devait également s'appliquer aux mesures d'orientation professionnelle.

Cela étant, la Cour de céans estime qu'il n'y a pas lieu de poser l'exigence d'un degré d'invalidité minimal pour le droit à une orientation professionnelle.

b. Quant aux chances de succès de la mesure sur le plan subjectif, le droit aux mesures d'ordre professionnel ne peut être refusé en raison du manque de la faculté subjective que dans la mesure où la procédure de mise en œuvre conformément à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée, condition non réalisée en l'espèce. Au demeurant, le recourant n'a jamais fait valoir qu'il était en incapacité de travail pour toujours. En effet, il se prévaut essentiellement de ce que son état de santé n'est pas encore stabilisé, ce qui est du reste reconnu par la SUVA qui continue à payer les indemnités journalières. Par conséquent, il ne peut être considéré que le recourant n'a pas la motivation subjective pour suivre une réadaptation professionnelle.

c. Pour le surplus, le recourant remplit les conditions pour l'octroi d'une orientation professionnelle. Son invalidité, à savoir les atteintes aux deux pieds, rend impossible l'exercice de son activité antérieure de nettoyeur en bâtiment et le limite dans le choix d'une profession, de sorte qu'il a besoin d'une orientation professionnelle spécialisée. En effet, il n'a pas encore choisi une nouvelle profession et manque de connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles pour opérer ce choix.



Par conséquent, il y a lieu d'octroyer au recourant une mesure d'orientation professionnelle, une fois qu'il sera rétabli de l'intervention de l'arthrodèse vs prothèse totale de la cheville droite.

16. Cela étant, le recours sera admis, la décision annulée, et le recourant mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière de mars 2014 à janvier 2015, ainsi que d'une mesure d'orientation professionnelle.
17. Dès lors que le recourant obtient partiellement gain de cause, l'intimé sera condamné à lui verser une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
18. L'intimé qui succombe en partie, sera également condamné au paiement d'un émolument de justice fixé à CHF 200.-.

\* \* \* \* \*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 9 mars 2016.
4. Met le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité entière pendant la période de mars 2014 à janvier 2015.
5. Le met au bénéfice d'une orientation professionnelle.
6. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
7. Condamne l'intimé à un émolument de justice fixé à CHF 200.- .
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le