



POUVOIR JUDICIAIRE

A/381/2020

ATAS/815/2020

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 29 septembre 2020**

**9<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à MEYRIN, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-  
DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1960, divorcé, est arrivé en Suisse en 2014. Dès le 20 juillet 2015, il a travaillé à plein temps comme « isoleur » pour l'entreprise B\_\_\_\_\_.
2. Le 20 novembre 2017, l'employeur de l'assuré a adressé à l'assurance-accidents une déclaration de sinistre, dans laquelle il a décrit l'événement suivant, survenu le 15 novembre 2017 : « en transportant la marchandise sur le toit. La marchandise a tapé sur une bordure, le paquet s'est ouvert et [l'assuré] a reçu le paque d'isolation sur le dos ». Un arrêt de travail a été prescrit à l'assuré dès le 15 novembre 2017 par le docteur C\_\_\_\_\_, médecin interne auprès du département de médecine communautaire, de premiers recours et des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG). Cet arrêt de travail a par la suite été renouvelé par le docteur D\_\_\_\_\_, médecin généraliste. L'assurance-accidents a pris en charge les suites de l'accident, notamment par le versement d'indemnités journalières.
3. Un scanner de la colonne dorsale a été pratiqué le 15 novembre 2017, à l'issue duquel les docteurs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, des HUG, ont conclu à une fracture comminutive peu déplacée du processus épineux de C7 et à une fracture non déplacée de la première côte gauche.

Une radiographie de la colonne dorsale a été réalisée le même jour. Les docteurs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, des HUG, ont conclu à un tassement du plateau supérieur de D8, avec perte de hauteur inférieure à 10 %, à un tassement cunéiforme de D5 et à un bon alignement vertébral.

4. Dans un rapport initial daté du 8 mars 2018, adressé à l'assurance-accidents, le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution lentement favorable. La durée prévisible du traitement était encore de deux à trois mois et une reprise du travail était envisagée dans les un à deux mois.
5. Le 12 avril 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
6. Selon l'extrait de compte individuel AVS, dans sa teneur au 24 avril 2018, l'assuré a perçu en 2016 un salaire de CHF 65'277.-.
7. Invité par l'OAI à compléter un premier rapport, le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état, le 30 mai 2018, d'une forte contusion cervico-dorsale accidentelle, de fractures non compliquées du processus épineux de C7 et d'un tassement modéré du mur antérieur de D5. Une récente imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) avait montré une évolution favorable du processus de guérison osseuse. Le Dr D\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité, en précisant cependant qu'il conviendrait de réévaluer le cas dans les trois à quatre mois. Vu la persistance de douleurs, une reprise du travail n'était pas prévue avant deux ou trois mois. Les limitations fonctionnelles se rapportaient aux efforts physiques et aux positions impliquant une flexion ou une torsion du tronc.

8. Dans un bref rapport daté du 15 juin 2018, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, traumatologie et médecin d'arrondissement de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), a estimé « [qu']au vu du rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 8 mars 2018 et de la lésion initiale, on [pouvait] effectivement s'attendre à une reprise professionnelle à 100 % ce jour ».
9. Dans un rapport adressé à l'assurance-accidents le 21 juin 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution lentement favorable, d'un pronostic lui aussi favorable et d'une reprise du travail envisagée pour le mois de juillet 2018. Il convenait d'éviter les sauts, les flexions fréquentes du tronc et le port de charges lourdes (c'est-à-dire supérieures à 15 kg). En outre, on pouvait s'attendre à ce que persiste un tassement de D5.

Le Dr D\_\_\_\_\_ a joint à son rapport un bilan d'IRM cervicale et dorsale établi le 25 avril 2018 par le docteur J\_\_\_\_\_, radiologue, relevant une évolution favorable par rapport à une IRM antérieure réalisée le 10 janvier 2018, notamment une disparition de l'œdème de C5, une régression de l'œdème lié à la fracture du processus épineux de C7 et à une disparition de l'atteinte ligamentaire interépineuse C5-C6 et C6-C7.

10. Dans un rapport du 26 octobre 2018 rédigé à l'issue d'un examen clinique, le Dr I\_\_\_\_\_ a rappelé que l'assuré avait présenté, une année auparavant, un traumatisme du rachis cervical et dorsal. Une IRM de contrôle réalisée le 24 août 2018 et apportée par l'assuré avait mis en évidence les séquelles d'un tassement cunéiforme de D5 au niveau cervical. La fracture de l'apophyse de C7 était en revanche bien consolidée et il existait une protrusion discale C5-C6 du côté gauche. Dans son appréciation, le Dr I\_\_\_\_\_ a relevé que, selon le bilan du jour, les lésions osseuses étaient très bien consolidées. Il persistait certes un tassement cunéiforme au niveau de D5, avec une perte de hauteur modérée du mur vertébral antérieur, mais celle-ci était bien tolérée, compte tenu du hauban costal. Une reprise de l'activité professionnelle avait été organisée le 25 juin 2018 à 50 %, mais au bout d'une matinée, l'assuré avait dû arrêter le travail et reprendre des antidouleurs, malgré les aménagements réalisés par son employeur. Au vu de l'examen clinique du jour, le Dr I\_\_\_\_\_ estimait que l'on pouvait s'attendre, dès le 2 novembre 2018, à une reprise de l'activité professionnelle à 50 %, moyennant un traitement antidouleur (Dafalgan).
11. Par décision du 7 novembre 2018, confirmée sur opposition le 28 novembre 2018, l'assurance-accidents a considéré que l'incapacité de travail totale de l'assuré n'était plus justifiée d'un point de vue médical, l'intéressé étant capable de travailler à 50 % depuis le 2 novembre 2018.
12. Invité par l'OAI à compléter un nouveau rapport, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué, le 6 décembre 2018, que l'assuré souffrait toujours de cervico-dorsalgies chroniques et qu'actuellement, il était suivi à la consultation de la douleur de Beau-Séjour. Les limitations fonctionnelles observées avaient trait au port de charges, ainsi qu'aux

flexions répétées du cou et du dos. Une réorientation professionnelle paraissait nécessaire, car l'activité exercée jusqu'alors, dans le domaine de l'isolation, impliquait beaucoup d'efforts et de postures inappropriées.

13. Dans un rapport daté du 12 décembre 2018 et adressé au Dr D\_\_\_\_\_, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation auprès des HUG, a indiqué que l'assuré continuait de se plaindre de douleurs cervicales, irradiant parfois dans les bras. Ses douleurs étaient augmentées par les mouvements de la tête et partiellement soulagées par la position assise et la prise d'antalgiques (Co-Dafalgan). Depuis son accident, l'assuré avait effectué de nombreuses séances de physiothérapie, lesquelles n'avaient pas apporté d'amélioration. En conclusion, l'intéressé présentait toujours des cervicalgies chroniques post-traumatiques, malgré le traitement de physiothérapie. Le Dr K\_\_\_\_\_ ne prévoyait pas de revoir l'assuré en consultation, mais précisait qu'une prise en charge par des spécialistes de la douleur lui avait été proposée et qu'un soutien psychologique pourrait être discuté.
14. Par communications des 9 janvier et 2 avril 2019, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle auprès de l'Organisation romande pour la formation et l'intégration (ci-après : ORIF), du 7 janvier au 28 avril 2019.
15. Dans un rapport adressé au mandataire de l'assuré le 22 janvier 2019, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'avait été consulté qu'une seule fois pour des douleurs cervicales, le 28 novembre 2018. Comme l'assuré avait fait de nombreuses séances de physiothérapie s'étant révélées inefficaces, il lui avait proposé d'être évalué par des spécialistes de la douleur. L'assuré présentait, selon l'anamnèse, des douleurs liées au port de charges, à l'utilisation des bras et aux stations debout prolongées. La capacité de travail était nulle dans son activité professionnelle et le pronostic était réservé, au vu des douleurs.
16. Le Dr I\_\_\_\_\_ a établi un rapport le 18 février 2019. Se référant au rapport établi par le Dr K\_\_\_\_\_ le 12 décembre 2018, il a relevé que l'assuré se plaignait toujours de douleurs et avait effectué de la physiothérapie, des massages et des étirements. La reprise d'activité professionnelle n'avait pas été suivie et cliniquement, la force des membres supérieurs était conservée, avec néanmoins une région cervicale douloureuse. Par ailleurs, l'assuré avait été adressé chez des spécialistes de la douleur. Le Dr I\_\_\_\_\_ relevait que l'IRM réalisée le 10 janvier 2018 montrait effectivement un tassement de D5, n'ayant pas justifié de traitement par ostéosynthèse. La profession d'isoleur exercée par l'assuré était physique et l'évolution clinique s'était finalement révélée défavorable. Le Dr I\_\_\_\_\_ en concluait qu'au vu des rapports récents, une incapacité de travail était toujours justifiée pour les suites de l'accident et que, compte tenu de douleurs persistantes, un changement d'activité professionnelle devait être envisagé.
17. Invité par l'OAI à préciser si une activité légère de chauffeur-livreur ou une activité de chauffeur de personnes – telle que celle que l'assuré demandait à essayer dans le

cadre de son stage d'orientation professionnelle – était médicalement adaptée à l'état de santé, le Dr D\_\_\_\_\_ a répondu par l'affirmative le 4 mars 2019 ; une activité de chauffeur lui paraissait « plus adéquate » pour son patient et il ne voyait pas de contre-indication particulière.

18. Dans un nouveau rapport établi le 10 avril 2019, le Dr I\_\_\_\_\_ a exposé qu'au vu de l'évolution de la lésion du processus épineux de C7 (non déplacé) et d'un tassement modéré du corps vertébral de D5 observé le 17 novembre (recte : le 15 novembre) 2017, on pouvait conclure que le cas était stabilisé sur le plan médical ; il n'y avait pas d'intervention ou d'autres traitements particuliers à envisager. Une tentative de reprise de l'activité professionnelle d'isoleur s'était soldée rapidement par un échec, et vu l'évolution des derniers mois, il n'existait pas de capacité de travail dans cette profession. En revanche, l'assuré pourrait exercer une profession adaptée, permettant idéalement d'alterner les positions assise et debout, respectivement d'éviter les travaux de la nuque en hyperextension / hyperflexion, les stations debout ou assise prolongées, ainsi que le port de charges supérieures à 10 kg des deux côtés.
19. Dans un rapport rédigé le 30 avril 2019, le Dr I\_\_\_\_\_ a confirmé que l'on pouvait exiger de l'assuré l'exercice d'une activité professionnelle, respectant les limitations fonctionnelles énumérées dans son précédent rapport. Dans ces conditions, on pouvait s'attendre à ce que l'assuré travaille à plein temps, sans baisse de rendement. S'agissant de la prise en charge de soins ultérieurs, le Dr I\_\_\_\_\_ préconisait de rembourser une consultation annuelle de suivi et trois séries de neuf séances de physiothérapie pendant une année, puis une série pendant une année supplémentaire.
20. L'ORIF a établi un rapport d'intégration socioprofessionnelle le 1<sup>er</sup> mai 2019. Il en ressortait notamment que, suite aux modules effectués, une activité assise telle qu'opérateur en horlogerie, polisseur ou agent de conditionnement paraissait être en adéquation avec les limitations fonctionnelles de l'assuré ; l'aménagement du poste de travail, avec l'ajout d'un écran et d'une caméra, devaient permettre d'éviter les tensions à la nuque. Les postes de préparateur de commandes et de monteur automatique semblaient également correspondre aux limitations, si celles ayant trait aux flexions fréquentes du tronc et au port de charges étaient respectées. Il n'avait toutefois pas été possible de mettre en place un stage dans ces activités en raison de la barrière de la langue. Tout au long de la mesure, l'assuré avait répété qu'il souhaitait s'orienter vers le domaine du transport de personnes et de la livraison de marchandises légères. Un stage de livreur de pizzas avait pu être mis en place et avait invalidé la piste de la livraison, même légère. S'agissant de la piste de chauffeur de personnes, il paraissait impossible d'envisager la partie théorique de cette formation en raison des difficultés de français de l'assuré. À la fin de la mesure, l'assuré avait trouvé un stage dans une épicerie proche de chez lui ; cette piste lui paraissait être compatible avec ses limitations fonctionnelles. À l'issue

---

d'une évaluation de stage, l'employeur avait accepté de recevoir l'assuré en formation pratique pendant trois mois dès le 1<sup>er</sup> mai 2019.

21. Par communication du 8 mai 2019, l'OAI a accordé à l'assuré un placement à l'essai auprès de « L\_\_\_\_\_ » du 29 avril au 28 juillet 2019. Des indemnités journalières lui ont donc été versées jusqu'au 28 juillet 2019.
22. Saisie d'un recours de l'assuré dans le cadre de la procédure parallèle en matière d'assurance-accidents, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), par arrêt du 28 mai 2019 (ATAS/468/2019), a, d'entente entre les parties, annulé partiellement la décision du 28 novembre 2018 et dit que l'assuré avait droit aux indemnités journalières LAA du 2 novembre 2018 au 10 avril 2019, sous réserve des indemnités journalières LAA déjà versées et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité. En outre, la CJCAS a renvoyé la cause à l'assurance-accidents pour examen du droit à la rente, au terme des mesures d'orientation professionnelle de l'assurance-invalidité.
23. Dans un « rapport final – MOP » daté du 23 août 2019, une collaboratrice de l'OAI a proposé de clore le mandat de réadaptation. Elle a rappelé que, dès le début du stage d'orientation qu'avait effectué l'assuré auprès de l'ORIF, ses problèmes avec la langue française s'étaient révélés être un obstacle. L'ORIF avait identifié les cibles professionnelles d'opérateur en horlogerie, pousseur, agent de conditionnement, ainsi que de préparateur de commandes et monteur automatique. De son côté, l'assuré avait une idée fixe par rapport à une activité dans le domaine du transport de personnes ou la livraison de marchandises légères. Les différents tests réalisés pendant le stage d'orientation avaient pourtant démontré que l'atteinte cervicale ne permettait pas de considérer cette activité comme étant adaptée, quand bien même le médecin l'avait jugée adéquate. En outre, l'exercice d'une telle profession supposait que l'assuré passe un permis « B121 », ce qui était inenvisageable, au vu des difficultés qu'il rencontrait avec le français. L'assuré avait pu effectuer quelques stages durant sa mesure et à plusieurs reprises, un manque de motivation avait été constaté. Sur demande, l'office avait accepté de poursuivre le stage que l'assuré avait entamé dans une épicerie, en lui accordant un placement à l'essai ; l'assuré avait affirmé que cette activité était adaptée à ses limitations fonctionnelles, notamment celles relatives au port de charges, que les étagères n'étaient pas trop basses et qu'elle lui permettait de limiter les déplacements en voiture, ce qui était bénéfique pour son état de santé ; cela était contradictoire avec son souhait de devenir chauffeur. L'OAI avait précédemment informé l'assuré qu'il devait s'inscrire au chômage à l'issue du stage. Lors du bilan du 21 juin 2019, l'assuré s'était montré désagréable, arguant que quelqu'un devait le payer pour son accident et qu'il n'avait pas été informé des postulations à faire, ainsi que de son inscription au chômage. En définitive, l'office estimait que l'assuré pourrait exercer à 100 % une activité dans le conditionnement, celle-ci étant adaptée aux limitations et ne nécessitant aucune formation particulière. À cet égard, le médecin d'arrondissement de l'assurance-accidents avait tout d'abord chiffré la

capacité de travail dans l'activité habituelle à 100 % dès le 25 juin 2018, avant de la fixer à 50 % dès le 2 novembre 2018. Les limitations fonctionnelles à respecter se rapportaient aux flexions fréquentes du tronc, aux sauts et au port de charges excédant 15 kg.

24. Dans un rapport daté du 9 septembre 2019 et adressé au Dr D\_\_\_\_\_, les médecins de la Consultation ambulatoire de la douleur des HUG ont suggéré un support psychologique en vue d'aider l'assuré à gérer les conséquences sociales de ses douleurs. L'assuré se disait enclin à rencontrer un psychiatre pouvant parler le portugais afin d'évaluer plus précisément ses besoins. Par ailleurs, il lui avait été proposé un apprentissage d'autohypnose pour améliorer son sommeil, et il lui avait été suggéré d'apprendre le français afin d'améliorer la prise en charge thérapeutique. L'assuré serait revu par le docteur M\_\_\_\_\_, anesthésiste auprès des HUG, pour discuter d'une éventuelle infiltration.
25. Le 12 septembre 2019, l'OAI a adressé à l'assuré un préavis de décision, lui refusant l'octroi d'une rente et de nouvelles mesures d'ordre professionnel, sur la base d'un taux d'invalidité de 8 %.
26. Par pli du 11 octobre 2019, complété le 15 novembre 2019, l'assuré s'y est opposé, arguant en substance qu'il ne parlait pas le français, ce qui restreignait considérablement l'offre de professions envisageables. De telles activités ne pouvaient être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'elles n'existaient pratiquement pas sur le marché du travail. Par ailleurs, l'OAI n'avait pas tenu compte du rapport du Dr I\_\_\_\_\_, dont il ressortait des limitations fonctionnelles importantes, dont la nécessité d'alterner les positions. Ces limitations excluaient non seulement l'activité antérieure d'isoleur, mais également toute profession exercée uniquement en position assise, telle que celle – proposée par l'office – d'agent de conditionnement. Il convenait d'admettre son incapacité de travail également dans une activité adaptée et de lui accorder une rente entière d'invalidité.

L'assuré a notamment joint copie du rapport établi par le Dr I\_\_\_\_\_ le 30 avril 2019, jugeant exigible l'exercice d'une profession adaptée à plein temps, moyennant le respect de diverses limitations fonctionnelles (cf. supra ch. 17).

27. Par décision du 15 octobre 2019, confirmée sur opposition le 18 novembre 2019, l'assurance-accidents a accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % et a dénié son droit à une rente. L'assurance-accidents a jugé l'intéressé pleinement capable d'exercer une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le revenu statistique que l'assuré pourrait réaliser dans une telle profession étant supérieur à celui qu'il aurait perçu sans accident, il n'en résultait aucune perte de gain.
28. Par décision du 17 décembre 2019, l'OAI a refusé d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité, arguant que l'assuré était inapte, depuis novembre 2017, à exercer son activité antérieure d'isoleur, mais avait recouvré, le 2 novembre 2018, une capacité

de travail de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans toute activité adaptée à son état de santé. Le degré d'invalidité – 8 % – était insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, l'octroi de nouvelles mesures d'ordre professionnel ne se justifiait pas. S'agissant des arguments invoqués par l'assuré dans le cadre de son opposition au préavis, l'office rétorquait que la mesure d'orientation auprès de l'ORIF avait déjà permis d'identifier une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, le revenu statistique dont il avait tenu compte dans son calcul recouvrait un large éventail d'activités légères, dont un certain nombre étaient adaptées à ses limitations fonctionnelles et accessibles sans formation. Enfin, le fait que l'assuré ne maîtrisait pas suffisamment la langue française était dénué de pertinence en matière d'assurance-invalidité.

29. Par acte du 30 janvier 2020, l'assuré a saisi la CJCAS d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à l'octroi de prestations d'invalidité, dont une rente, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une expertise, puis rende une nouvelle décision.

En premier lieu, il a fait valoir que, selon une jurisprudence constante, le facteur des difficultés linguistiques jouait un rôle non négligeable pour déterminer concrètement quelles activités on pouvait encore raisonnablement exiger d'un assuré, à l'inverse de ce qu'avait retenu l'office dans sa décision. Si même l'ORIF n'avait pas pu lui trouver un stage en entreprise en raison de ses difficultés linguistiques, c'était parce que les activités qui lui étaient proposées ne pouvaient être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'elles n'existaient pratiquement pas sur le marché du travail ou que leur exercice supposait de la part de l'employeur des concessions irréalistes. On ne pouvait pas juger ces activités exigibles, ce d'autant que ses limitations fonctionnelles étaient plus importantes que ce que l'OAI avait initialement retenu sur la base d'un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ de juin 2018. En effet, le médecin d'arrondissement de la CNA avait reconnu depuis lors que l'activité antérieure « d'isoleur » n'était plus exigible et qu'il devait alterner les positions, en sus des autres limitations fonctionnelles retenues.

En second lieu, il a contesté la valeur probante du rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 30 avril 2019, dont il a relevé qu'il reposait exclusivement sur les informations figurant au dossier et non sur des observations cliniques. Conformément à la jurisprudence, il convenait de faire preuve de réserve par rapport à une telle appréciation médicale, dès lors qu'un examen clinique pourrait infirmer ses conclusions et démontrer des limitations fonctionnelles plus importantes que ce qui avait été retenu. Le recourant estimait que l'instruction médicale, lacunaire, devait être complétée en mettant en œuvre une expertise.

30. Dans sa réponse du 25 février 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours.

En vertu du principe d'uniformité de la notion d'invalidité, qui prescrivait de fixer un seul taux d'activité pour une même atteinte, le principe inquisitoire n'était pas



---

violé lorsque l'assurance-invalidité se fondait sur le dossier de l'assurance-accidents. Le Dr I\_\_\_\_\_ avait procédé à un examen du recourant le 26 octobre 2018 et s'était déterminé sur la base dudit examen ainsi qu'une étude minutieuse du dossier médical. C'était donc à bon droit que l'OAI, à l'instar de l'assurance-accidents, avait fait siennes les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_. Par ailleurs, on ne pouvait considérer qu'en raison de difficultés linguistiques, des activités adaptées n'existaient pratiquement pas sur le marché du travail. En effet, selon la jurisprudence, l'assurance-invalidité n'avait pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain résultant d'autres facteurs qu'une atteinte à la santé, dont le manque de formation, les difficultés linguistiques ou l'âge.

31. Le recourant a répliqué le 18 mars 2020, persistant dans ses conclusions.

Selon la jurisprudence, l'uniformité de la notion d'invalidité n'avait pas pour conséquence de libérer les assureurs de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. Les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus d'évaluer l'invalidité de manière indépendante. Or, en se contentant de reprendre les conclusions du médecin d'arrondissement de l'assurance-accidents, sans procéder à la moindre instruction médicale, l'OAI avait enfreint son obligation d'instruire.

Par ailleurs, en se fondant sur le rapport d'un conseiller en réadaptation pour nier son incapacité de travail, l'intimé avait arbitrairement évalué sa capacité de gain. S'agissant de l'argument selon lequel des difficultés linguistiques ne pouvaient être prises en compte par l'assurance-invalidité, le recourant répondait que l'atteinte à la santé n'était pas seule déterminante pour calculer la capacité de gain et qu'il incombait à l'intimé d'instruire la cause, en tenant compte de toutes les circonstances. À ce propos, il se référait à la jurisprudence en matière d'abattement, selon laquelle il convenait, selon les circonstances, d'opérer une déduction sur le salaire ressortant des statistiques en tenant compte de facteurs tels que les limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité, au taux d'occupation et au permis de séjour.

32. Par ordonnance du 9 juillet 2020, la CJCAS a requis l'apport du dossier de l'assuré auprès de l'assurance-accidents, dossier que cette assurance lui a transmis le 22 juillet 2020.

33. Par écriture du 30 juillet 2020, l'intimé a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours, relevant que le dossier de l'assurance-accidents ne contenait aucun élément nouveau. En outre, le recourant confondait la question de l'abattement sur le salaire d'invalidité avec celle des facteurs étrangers à l'invalidité, lesquels n'étaient pas susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, quand bien même ils rendaient parfois difficile la recherche d'une place de travail. Enfin, selon la jurisprudence, rien n'empêchait l'assurance-invalidité de se fonder sur une expertise diligentée par l'assurance-accidents, si les constatations médicales et l'évaluation de la capacité de travail avaient été effectuées de façon globale et que

la question de la causalité adéquate entre l'accident et les atteintes n'avait pas limité le champ de l'expertise.

34. Par écriture du 18 août 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions et son argumentation.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 2 janvier inclusivement, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. c, 56 et 60 LPGA ; art. 89B et 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, singulièrement à une rente.
5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 – 5<sup>ème</sup> révision AI). 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.

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré.

6. 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).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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).

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 (ATF 135 V 297 consid. 5.2). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa) ou de données salariales résultant des DPT. Dans la première hypothèse, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières.

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). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en

premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. Il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration, mais 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).

7. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette

appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

8. 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).
9. Il sied en premier lieu de se prononcer sur la capacité de travail du recourant.

La décision attaquée retient que le recourant ne peut plus travailler comme isoleur, mais qu'il est pleinement capable, depuis le 2 novembre 2018, d'exercer toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce dont il résulte un degré d'invalidité (8 %) insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Selon l'office, il convient d'admettre que le revenu statistique d'invalidité dont il a tenu compte dans son calcul recouvre un large éventail d'activités légères, dont un certain nombre sont accessibles sans formation et adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré. L'office relève par ailleurs qu'une maîtrise insuffisante de la langue française n'est pas un critère pertinent en matière d'assurance-invalidité. De son côté, le recourant soutient en substance que, compte tenu de ses limitations fonctionnelles – plus importantes que celles que l'OAI a initialement retenues sur la base d'un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ – et de sa méconnaissance de la langue française, ses perspectives de réinsertion professionnelle sont nulles. Selon lui, les activités professionnelles qui lui ont été proposées par l'ORIF ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'elles n'existent pratiquement pas sur le marché du travail. En outre, le recourant conteste la valeur probante du rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 30 avril 2019, dont il soutient qu'il repose exclusivement sur les informations figurant au dossier et non sur des observations cliniques, de sorte que ce document doit être considéré avec réserve. Il reproche également à l'OAI d'avoir enfreint son obligation d'instruire en se contentant de reprendre les conclusions du médecin d'arrondissement de l'assurance-accidents, sans procéder à la moindre instruction médicale. Enfin, le recourant fait grief à l'OAI d'avoir évalué sa

capacité de gain de manière arbitraire en se fondant sur le rapport d'un conseiller en réadaptation pour nier son incapacité de travail.

En l'occurrence, dans son rapport du 26 octobre 2018, le Dr I\_\_\_\_\_ a conclu qu'une année après le traumatisme du rachis cervical et dorsal, les lésions osseuses étaient consolidées. À l'issue de son examen clinique du même jour, il a estimé que l'on pouvait s'attendre, dès le 2 novembre 2018, à une reprise de l'activité professionnelle à 50 %, moyennant un traitement antidouleur. La reprise de l'activité d'isoleur s'étant soldée par un échec, le Dr I\_\_\_\_\_ est revenu sur son appréciation initiale dans un rapport subséquent établi le 18 février 2019, relevant qu'au vu de cet échec, des rapports médicaux récents (dont celui établi par le Dr K\_\_\_\_\_ le 12 décembre 2018) et des douleurs persistantes, l'incapacité de travail dans la profession habituelle demeurait justifiée ; cependant, il convenait d'envisager un changement d'activité professionnelle. Enfin, dans deux nouveaux rapports établis les 10 et 30 avril 2019, le Dr I\_\_\_\_\_ a jugé l'état de santé stabilisé et conclu que l'on pouvait exiger de l'assuré l'exercice, à plein temps, d'une profession adaptée permettant d'alterner les positions assise et debout, respectivement d'éviter les travaux de la nuque en hyperextension / hyperflexion, les stations debout ou assise prolongées, ainsi que le port de charges supérieures à 10 kg des deux côtés.

La chambre de céans constate qu'en dépit de leur caractère succinct, les rapports successifs rédigés par le Dr I\_\_\_\_\_ ont été établis en pleine connaissance du dossier, relatent les plaintes de l'assuré et reposent sur un examen clinique complet, effectué le 26 octobre 2018. Leurs conclusions, dans la mesure où elles se rapportent à l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, sont motivées et exemptes de contradictions, de sorte que ces rapports satisfont aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Il convient, en outre, de relever qu'aucun autre médecin n'a émis de conclusions permettant de s'écarter de la pleine exigibilité retenue par le Dr I\_\_\_\_\_. En effet, le médecin généraliste de l'assuré, le Dr D\_\_\_\_\_, a préconisé une réorientation professionnelle, ce qui suppose l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée. En outre, les limitations fonctionnelles énoncées par ce médecin – ayant trait au port de charges et aux flexions répétées du cou / du dos – se recourent essentiellement avec celles retenues par le Dr I\_\_\_\_\_. Le Dr I\_\_\_\_\_ a certes évoqué, comme le relève le recourant, une limitation supplémentaire par rapport au Dr D\_\_\_\_\_, à savoir la possibilité d'alterner les positions assise et debout, mais cela ne signifie pas pour autant qu'une profession adaptée serait inenvisageable, moyennant le respect des limitations énoncées, lesquelles s'apparentent en définitive à des mesures classiques d'épargne lombaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.2). Interrogé par l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_ a d'ailleurs précisé qu'une activité de chauffeur-livreur lui paraissait médicalement adaptée et qu'il n'y voyait pas de contraindication particulière (cf. rapport du 4 mars 2019). Les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ convergent donc avec

celles du médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents. De son côté, le Dr K\_\_\_\_\_, de l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, n'a été consulté qu'une seule fois, pour des douleurs cervicales ; s'il a certifié une incapacité de travail dans la profession antérieure, il ne s'est en revanche pas prononcé sur l'exercice d'une activité adaptée. Enfin, les médecins de la consultation de la douleur des HUG n'ont pas attesté d'une incapacité de travail, en particulier dans une activité adaptée.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, que dès le 10 avril 2019, date du premier rapport retenant expressément une stabilisation de l'état de santé et l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée – et non dès le mois de novembre 2018, comme le retient à tort la décision attaquée sans tenir compte du fait que le Dr I\_\_\_\_\_ est revenu sur sa conclusion initiale – l'assuré pourrait exercer à 100 % une activité adaptée à ses troubles cervico-dorsaux.

L'argumentation invoquée par le recourant ne permet pas d'aboutir à une autre conclusion. En particulier, le fait que le Dr I\_\_\_\_\_ n'ait pas établi son rapport du 30 avril 2019 à l'issue d'un nouvel examen clinique ne paraît pas décisif, dans la mesure où ce médecin avait déjà procédé à un tel examen quelques mois plus tôt, en octobre 2018. Sur ce point, la référence jurisprudentielle citée par le recourant, qui se rapporte aux avis établis par le SMR en l'absence d'examen clinique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_25/2015 du 1<sup>er</sup> mai 2015 consid. 4.1 in fine), n'apparaît pas pertinente. Ensuite, contrairement à ce que l'intéressé semble considérer, l'hypothèse non étayée selon laquelle « [...] un examen clinique pourrait bien infirmer [les] conclusions [du Dr I\_\_\_\_\_], en ce sens que les limitations fonctionnelles sont en fait plus importantes » ne saurait, à elle seule, justifier la mise en œuvre d'une expertise. Dans ce contexte, il convient de rappeler qu'il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe dans la procédure d'octroi de prestations d'assurance sociale (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_491/2016 du 26 octobre 2016 consid. 5.2.1). Une telle expertise n'était donc pas absolument indispensable. Cela est d'autant plus vrai qu'en l'occurrence, les rapports établis respectivement par le médecin d'arrondissement de la CNA et par le médecin traitant se rejoignaient sur l'aptitude de l'assuré à exercer une activité adaptée à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_135/2016 du 23 décembre 2016 consid. 5.2).

10. Le recourant nie qu'il existe une profession physique ou manuelle adaptée à ses problèmes de santé, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de sa méconnaissance de la langue française.
  - a. Selon la jurisprudence, lors de l'examen de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle, on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA (auquel renvoie l'art. 28 al. 2 LAI), lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du

travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.2.4 et les références citées).

b. Dans le cas particulier, il convient d'admettre que si les limitations de l'assuré restreignent indéniablement le spectre des professions encore susceptibles d'être envisagées, il demeure tout de même, sur le marché du travail, un éventail suffisamment large d'activités simples et légères, ne nécessitant aucune formation particulière et dont un certain nombre sont adaptées à ses troubles cervico-dorsaux (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.2 et 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). En effet, l'ORIF a cité plusieurs cibles professionnelles adaptées à son handicap (opérateur en horlogerie, pousseur, agent de conditionnement, préparateur de commandes et monteur automatique), tout en précisant que pour certaines de ces activités, il conviendrait que l'assuré puisse travailler en regardant un écran, moyennant l'utilisation d'une caméra. Pour d'autres professions, telles que celles de préparateur de commandes et de monteur automatique, l'ORIF a indiqué qu'un stage n'avait pas pu être organisé en raison de la barrière de la langue, ce qui constitue cependant un facteur étranger à l'invalidité, selon la jurisprudence (cf. infra let. c). À l'issue d'un placement à l'essai dans une épicerie, l'office a estimé que le recourant pourrait exercer, entre autres, une activité dans le conditionnement, laquelle serait adaptée à ses limitations et ne nécessiterait pas de formation spécifique. Enfin, on rappellera qu'il n'y a pas lieu d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait au recourant de retrouver un emploi (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; ATF 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_926/2011 consid. 2.3).

S'agissant de la maîtrise insuffisante de la langue française et du manque de formation dont se prévaut le recourant, c'est le lieu de rappeler que si des facteurs tels que le manque de formation, l'âge, ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas donné les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, selon la jurisprudence, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_132/2017 du 5 septembre 2017 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références).

Partant, le grief tiré d'une absence de perspectives professionnelles et d'une méconnaissance de la langue française doit être écarté.

#### 11. Il reste à déterminer le degré d'invalidité.

À titre liminaire, il convient de relever que l'intimé était fondé à procéder à sa propre évaluation de l'invalidité. En effet, conformément à la jurisprudence



---

(ATF 133 V 549 consid. 6), l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents.

Du 15 novembre 2017 au 9 avril 2019, l'assuré a présenté une capacité de travail nulle dans toute profession. Il en découle un degré d'invalidité de 100 %, qui lui ouvre le droit à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2018, à l'issue du délai de carence d'un an prescrit par la loi (art. 28 al. 1 et 2, 29 al. 1 LAI).

Dès le 10 avril 2019, l'assuré pourrait exercer une profession adaptée à ses limitations. L'intimé a chiffré son degré d'invalidité à 7.9 %, en comparant le revenu sans invalidité (CHF 65'889.-) qu'il aurait perçu en bonne santé selon son ex-employeur, en tenant compte de l'évolution des salaires, avec le revenu statistique d'invalidé (CHF 60'687.-) qu'il aurait été en mesure de réaliser dans une activité adaptée à son handicap, après déduction d'un abattement de 10 % (ESS 2016, tableau TA1\_tirage\_skill\_level, niveau de compétence 1, indexé).

Devant la chambre de céans, le recourant ne conteste pas le revenu sans invalidité retenu par l'intimé. S'agissant du revenu d'invalidé, vu l'activité de substitution exigible du recourant dans un emploi adapté, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 1) dans le secteur privé, soit CHF 64'080.- par année (CHF 5'340.- x 12 ; ESS 2016, TA1\_skill\_level, ligne total). Cette valeur statistique s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 4.3 et 8C\_227/2018 du 14 juin 2018 consid. 4.2.3.3). Étant donné que les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41.7 heures par semaine ; office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 66'803.- (CHF 64'080.- x 41.7 / 40), puis à CHF 67'997.- une fois indexé à 2019 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (de 2016 à 2019, l'indice est passé de 2'239 à 2'279 ; soit CHF 66'803.- x 2'279 / 2'239). Ce chiffre correspond, à quelques francs près, à celui retenu par l'intimé avant abattement (CHF 67'430.-), la différence avec celui retenu par la CJCAS étant uniquement liée à l'indexation (l'intimé a tenu compte de l'évolution des salaires jusqu'en 2018, alors que le présent arrêt tient compte de l'année 2019, à partir de laquelle l'exercice d'une activité adaptée est exigible). Moyennant un abattement de 10 %, tel qu'évalué par l'intimé, on obtient un revenu d'invalidé de CHF 61'196.- (CHF 67'997.- x 0.9).

Le recourant se réfère à la jurisprudence fédérale concernant l'abattement sur le revenu statistique d'invalidé. Toutefois, il ne critique pas, de manière précise, le taux d'abattement (10 %) qu'a retenu l'intimé afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles. En particulier, il n'explique pas de manière circonstanciée pour quels motifs – autres que le critère des limitations

---

fonctionnelles déjà pris en considération – ses possibilités de gain seraient inférieures à la moyenne dans des activités légères et adaptées, étant précisé que son âge – 58 ans au jour du rapport du Dr I\_\_\_\_\_ – n’atteint pas encore le seuil à partir duquel le Tribunal fédéral considère qu’une méthode d’évaluation plus concrète de l’invalidité est nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). En ce qui concerne les difficultés linguistiques déjà évoquées, on relèvera que le niveau de qualification professionnelle retenu ne nécessite pas une bonne maîtrise d’une langue nationale (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_42/2017 du 29 juin 2017 consid. 3.4). Quant à la nationalité étrangère, elle ne joue pas de rôle en l’occurrence, dès lors que le recourant est titulaire d’une autorisation d’établissement et que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu’étrangère (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 700/04 du 17 janvier 2006 consid. 4.3.3 et I 764/06 du 19 juin 2007). Partant, le taux d’abattement retenu par l’intimé ne prête pas le flanc à la critique.

La comparaison des deux revenus déterminants donne un degré d’invalidité (arrondi) de 7 %  $[(65'889.- - CHF 61'196.-) / 65'889.-]$ , lequel se révèle inférieur au seuil de 40 % et justifie donc la suppression de la rente d’invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> août 2019, trois mois après l’amélioration de la capacité de gain (art. 28 al. 1 LAI et 88a al. 1 RAI).

En conclusion, le recourant a droit à une rente entière d’invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2018 au 31 juillet 2019.

12. Pour le reste, le recourant ne réclame pas la mise en œuvre de nouvelles mesures de réadaptation. En tout état de cause, on relèvera qu’il ne peut prétendre à une mesure de reclassement (art. 17 al. 1 LAI), faute de présenter un degré d’invalidité d’au moins 20 %, comme l’exige la jurisprudence (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références). Par ailleurs, l’intéressé – qui s’est déjà vu accorder une mesure d’orientation professionnelle et un placement à l’essai – ne désigne aucune autre mesure d’ordre professionnel susceptible d’entrer en considération dans son cas. Partant, il n’y a pas lieu de se pencher plus avant sur l’octroi d’autres mesures de réadaptation.
13. Le dossier permettant à la chambre de céans de se prononcer en connaissance de cause sur le bien-fondé de la décision attaquée, il est inutile d’ordonner une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a).
14. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du 17 décembre 2019 réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d’invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2018 au 31 juillet 2019. Pour le reste, la décision est confirmée et le recours rejeté.
15. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ;

art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03), à charge de l'intimé.

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

\*\*\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et réforme la décision du 17 décembre 2019, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2018 au 31 juillet 2019.
3. Rejette le recours pour le surplus.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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