

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4202/2015

ATAS/46/2017

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

**Arrêt du 25 janvier 2017**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CHATELAINE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Mélanie MATHYS  
DONZE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa ROBINSON-MOSER,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1957, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) le 8 mars 1994.
2. Après avoir recueilli plusieurs renseignements médicaux, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations par décision du 18 octobre 1994. Il a noté que les atteintes de celui-ci, soit les suites d'interventions du tunnel carpien, une hypothyroïdie traitée par substitution et des troubles occasionnels d'aspect banal du rythme cardiaque, n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment.
3. Saisie d'un recours de l'assuré, la Commission cantonale de recours AVS-AI-APG-PCF-PCC (ci-après la Commission), alors compétente, l'a partiellement admis par décision du 15 juin 1995. Elle a considéré que seul un spécialiste en bâtiment pouvait évaluer la capacité de travail de l'assuré dans son métier et donner les bases nécessaires à l'appréciation de son taux d'invalidité. Elle a renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'un stage d'observation professionnelle dans le métier de l'assuré et nouvelle décision.
4. Dans son rapport du 28 mars 1996, l'OAI a noté que le stage en qualité de peintre s'était soldé par un échec. L'employeur avait rapporté des difficultés de l'assuré à arracher les tentures et enlever les agrafes. Il ne pouvait tenir la brosse et l'éponge plus d'une heure lors du lessivage et les travaux de ponçage étaient interrompus toutes les trente minutes. L'assuré exécutait 20 % du travail sur une journée et sa rentabilité ne dépassait pas 10 %. L'OAI admettait que l'assuré ne pouvait plus exercer sa profession de peintre en raison de l'atteinte qui avait, selon ses dires, endommagé ses poignets. Il a préconisé un stage au Centre d'intégration professionnelle (CIP).
5. Selon le rapport du 19 juin 1996 du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, l'assuré ne pouvait avoir aucune activité manuelle efficace en raison des troubles subjectifs et objectifs consécutifs aux opérations des canaux carpiens. Aucune proposition thérapeutique complémentaire ne pouvait être faite. Le niveau intellectuel de l'assuré ne permettait pas de proposer une formation dans une activité tertiaire, d'autant plus que la situation était perturbée par un état dépressif réactionnel sous-jacent, normal pour quelqu'un ayant perdu l'usage de ses deux mains et souffrant d'un syndrome douloureux chronique.
6. Le stage d'observation s'est déroulé au CIP du 13 mai au 7 juin 1996. Dans son rapport de synthèse du 5 juillet 1996, le directeur du CIP a noté que l'assuré était extrêmement limité dans la force et la mobilité. Il ne pouvait utiliser correctement des outils et ne pouvait effectuer des travaux sériels, dans lesquels son rendement était pratiquement nul. Le niveau des aptitudes à la formation ne laissait pas envisager une quelconque réadaptation vers un emploi non manuel. Bien que son engagement dans les travaux confiés durant l'observation ait été hypothéqué par un

---

sentiment de persécution et une fixation sur son état, ainsi qu'un état dépressif sous-jacent, aucune proposition réaliste de réinsertion professionnelle ne pouvait être formulée en raison des capacités physiques et d'apprentissage.

7. L'OAI a confié une expertise au docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie. Dans son rapport du 8 octobre 1996, ce médecin a retracé l'anamnèse de l'assuré et l'a interrogé sur ses plaintes. Il a ensuite procédé à un examen clinique. L'estimation de la fonction des poignets avait été très difficile, pénible et décevante. Les fonctions articulaires étaient misérables, et la flexion et l'extension n'étaient qu'ébauchées. La palpation de la main était diffusément douloureuse. Le Dr C\_\_\_\_\_ retenait de l'examen une attitude dolente avec des plaintes extensives et un manque de motivation dans les tests effectués. L'expert a poursuivi son rapport par le résumé des rapports médicaux au dossier. Il a conclu qu'objectivement, hormis les limitations criantes et un manque de motivation lors des tests, il n'avait pas mis en évidence de pathologie digne de ce nom. On aurait pu suspecter une irritation du nerf palmaire cutané, mais vu l'ampleur des troubles fonctionnels, ce diagnostic ne saurait être retenu. Les diagnostics étaient ceux de status après intervention pour syndrome du tunnel carpien bilatéral et en même temps extirpation d'un kyste téno-synovial à gauche, de status après thyroïdite avec normalisation de la symptomatologie par substitution, et de trouble de la conduction intraventriculaire bien maîtrisé par le traitement, associé à une hypercholestérolémie traitée. En ce qui concernait l'incapacité de travail, elle avait été complète à partir du 7 juillet 1993 et des mesures professionnelles étaient indiquées trois à six mois après le 4 mai 1994, sous forme d'un aménagement du travail, soit une activité sans effort violent ni port de charges lourdes. Pour l'expert, l'assuré pouvait déployer une capacité de travail complète en temps et en rendement, que cela soit dans la profession de peintre ou dans l'industrie. Ses difficultés linguistiques constituaient un obstacle à son intégration dans le secteur tertiaire. Il préconisait en outre une expertise psychiatrique pour investiguer l'état dépressif réactionnel et la sinistrose évoqués.
8. La doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a réalisé l'expertise de l'assuré. Dans son rapport du 21 février 1997, elle a transcrit son anamnèse personnelle, familiale et professionnelle et décrit ses plaintes. Dans ses constatations, la Dresse D\_\_\_\_\_ a noté que l'assuré marchait lentement, avec précaution, comme s'il craignait de tomber. Il se tenait très droit, le dos très raide, et gardait ses mains posées sur ses genoux, visiblement immobiles et souffrantes. Il donnait l'impression d'en rajouter et de jouer la comédie, de se forcer pour avoir l'air malade, d'être exagérément démonstratif. Il ne présentait pas d'atteinte des facultés intellectuelles, ni de l'orientation, de la concentration ou de l'attention. Il n'y avait pas de signes de dépression et l'humeur était normale. L'assuré présentait des signes d'anxiété, surtout focalisée sur ses maux somatiques, en particulier ses problèmes de cœur qui semblaient fortement investis. Très démonstratif, il avait surtout besoin de se faire plaindre et de passer pour une victime. De caractère

---

anxieux et soucieux de bien faire, il somatisait et exprimait ses problèmes émotionnels à travers son cœur et son corps, mais pas en mots. Il se considérait comme parfaitement sain mentalement. Les diagnostics retenus étaient ceux de syndrome du tunnel carpien bilatéral, opéré en septembre 1993 et en mars 1994, d'hypothyroïdie traitée, d'hypercholestérolémie traitée, de troubles de la conduction cardiaque traités, de personnalité anxieuse avec des défenses de type phobohystériques, présentant de nombreuses somatisations. Au plan psychiatrique, il n'existait aucune incapacité de travail, ce que confirmait le psychiatre traitant. Le côté très phobique de l'assuré rendait impossible une psychothérapie. Il était probable que le décès des parents de l'assuré, survenu à la même période que les interventions chirurgicales aux poignets, ait joué un rôle dans l'évolution à long terme et la fixation de l'élément douloureux. L'assuré évitait cependant soigneusement le sujet. Ce dernier avait montré son désintérêt pour des mesures de reclassement professionnel. Son manque de collaboration était flagrant mais ne pouvait être attribué à une pathologie psychiatrique grave. Les traits anxieux s'exprimaient de préférence à travers ses plaintes somatiques multiples. Le manque de motivation et de bonne volonté étaient des éléments de type névrose de compensation. Il manquait toutefois l'élément revendicateur habituellement présent, raison pour laquelle la Dresse D\_\_\_\_\_ ne retenait pas ce diagnostic. Il paraissait clair que l'assuré attendait d'obtenir une rente pour retourner définitivement au Portugal avec sa femme et ses enfants.

9. L'examen électroneuromyographique réalisé en date du 17 décembre 1997 par le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, s'est révélé parfaitement normal. Le Dr E\_\_\_\_\_ n'avait pas d'explication neurogène pour la symptomatologie présentée par l'assuré, dès lors qu'il ne constatait pas de déficit objectif.
10. Par décision du 9 février 1998, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations d'invalidité.
11. Saisie d'un recours de l'assuré, la Commission l'a rejeté par jugement du 23 novembre 1998, considérant que les rapports des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ avaient valeur probante et que l'assuré ne présentait partant pas d'incapacité de travail.
12. À son tour saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal fédéral l'a rejeté par arrêt du 15 juillet 1999 (I 90/99).
13. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en novembre 2002, accompagnée d'une attestation du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, selon laquelle l'assuré ne pouvait plus exercer le travail de peintre, et indiquant qu'il serait souhaitable qu'il puisse exercer un autre métier dans ses compétences.
14. L'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande par décision du 1<sup>er</sup> septembre 2003.

15. Le 11 janvier 2013, l'assuré a subi un accident. Il a glissé d'une échelle et est tombé sur le poignet gauche. La Suva, assurance-accidents, a pris en charge les suites de l'événement.
16. Le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté d'une capacité de travail nulle dès le 16 janvier 2013.
17. Le 12 avril 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait une tuméfaction du poignet gauche et des douleurs à la mobilisation. La capacité de travail était nulle pour l'heure, mais la reprise du travail à 100 % était prévue dès le 1<sup>er</sup> mai 2013.
18. Une arthro-IRM réalisée le 10 juin 2013 a mis en évidence une rupture du ligament luno-triquétral ainsi que du complexe triangulaire du carpe au niveau de sa portion centrale et de son insertion radiale, et une synovite diffuse à prédominance radio-ulnaire distale.
19. L'assuré a consulté le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, en date du 27 juin 2013. Ce dernier a noté qu'il souffrait d'une instabilité scapho-lunaire douloureuse entraînant également une perte de force et une impotence fonctionnelle. Il présentait une tuméfaction dorso-radiale et une douleur à la palpation de la tabatière et du ligament scapho-lunaire. Les radiographies montraient une dissociation scapho-lunaire, et l'arthro-IRM pratiquée avait confirmé une importante déchirure du ligament scapho-lunaire. Dans ces conditions, une intervention était légitime. L'opération envisagée ne prévenait cependant pas toujours le développement d'une arthrose.
20. Dans son rapport reçu le 28 juin 2013 par la Suva, le Dr G\_\_\_\_\_ a signalé une rechute. Les douleurs de l'assuré étaient trop importantes au travail. Il présentait une tendance à l'œdème du poignet gauche.
21. Dans son rapport du 8 juillet 2013, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a fait état d'une dissociation scapho-lunaire du poignet gauche. L'évolution était peu favorable. Il avait posé une indication opératoire.
22. Le 31 juillet 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de dissociation scapho-lunaire par rupture ligamentaire post-traumatique et de syndrome douloureux (algodystrophie). La capacité de travail était de 25 % dès le 7 juin 2013.
23. Le 17 septembre 2013, l'assuré a subi une ostéotomie de raccourcissement de l'ulna gauche et une plastie du ligament scapho-lunaire par capsulodèse dorsale limitée, pratiquées par le Dr H\_\_\_\_\_.
24. Dans son rapport du 21 janvier 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une instabilité du scapho-lunaire du poignet gauche et un syndrome de compression ulno-carpien gauche. L'évolution serait lente sur deux à trois mois. L'incapacité de travail persistait.
25. Une échographie du poignet gauche réalisée le 3 mars 2014 a révélé un status post-opératoire caractérisé par une altération de la structure du plan capsulaire dorsal des

articulations du poignet, une minime hyperhémie locale au doppler, des tendons extenseurs continus, aucun signe décelable de ténosynovite, pas d'épaississement de la gaine synoviale ou d'épanchement interne. Il y avait un épaississement important du rétinaculum dorsal probablement lié au status post-opératoire, aucune altération significative décelable des tendons fléchisseurs, pas de masse intracanalair dans les canaux de Guyon et carpien, et des nerfs ulnaire et médian sans particularité.

26. Le 9 avril 2014, l'employeur de l'assuré a signalé à la Suva que le salaire annuel de l'assuré se serait élevé à CHF 71'500.- en 2014 sans accident.
27. Dans son rapport du 23 avril 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics posés le 21 janvier 2014. L'assuré avait très mal. Il présentait un œdème de la main et la mobilité des doigts était très limitée. Le pronostic était réservé.
28. Le 3 juin 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était défavorable. Il serait souhaitable que l'assuré soit hospitalisé pour un bilan à la Clinique romande de réadaptation (CRR). Il se disait frappé de voir une assez importante variation des amplitudes articulaires d'une consultation à l'autre, sans que l'on puisse réellement l'expliquer.
29. Le 14 octobre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.
30. Selon l'extrait de compte individuel AVS que l'OAI s'est procuré le 21 octobre 2014, l'assuré a réalisé des revenus annuels oscillant entre CHF 1'600.- et CHF 119'000.- de 2004 à 2011 en travaillant à son compte, et des revenus de CHF 65'541.- en 2012 et CHF 14'421.- en 2013 pour N\_\_\_\_\_ Sàrl.
31. L'assuré a séjourné à la CRR du 1<sup>er</sup> au 21 octobre 2014. Dans leur rapport du 30 octobre suivant, les docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et K\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques du poignet gauche, et les diagnostics supplémentaires de chute avec traumatisme du poignet gauche le 11 janvier 2013, de dissociation scapho-lunaire avec rupture du ligament scapho-lunaire et du *triangular fibrocartilage complex* (TFCC) mises en évidence dans les suites d'une évolution vers une instabilité scapho-lunaire chronique et un syndrome de compression ulno-carpien, d'ostéotomie de raccourcissement de l'ulna et plastie du ligament scapho-lunaire par capsulodèse dorsale limitée gauche le 17 septembre 2013, de douleurs chroniques du poignet avec raideur modérée, et de possible syndrome du tunnel carpien gauche clinique. Les comorbidités retenues étaient une hypothyroïdie traitée, une hyper-cholestérolémie traitée, une obésité et une maladie coronarienne traitée depuis une dizaine d'années. À l'issue de l'examen clinique, les médecins ont relevé que l'assuré se plaignait essentiellement de douleurs mécaniques au poignet gauche avec des douleurs de type neuropathique à l'avant-bras lors de la pronosupination, associées à des lâchages douloureux, et en région palmaire lors de la flexion forcée. L'extension déclenchait une douleur aiguë de la

---

région dorsale du poignet. Les radiographies avaient révélé un matériel d'ostéosynthèse en place, et quelques légers remaniements dégénératifs radio-carpiens modérés. L'ultra-son du poignet gauche n'avait pas mis en évidence de signe de conflit des tendons des fléchisseurs et extenseurs du poignet, ni de collection ou de signe de synovite. Le nerf médian était d'aspect normal. Aucun diagnostic n'avait été retenu au plan orthopédique, ni au plan psychiatrique, malgré une surcharge psychique en lien avec les douleurs et la situation socio-professionnelle. Des facteurs contextuels (faible connaissance de la langue, âge, absence de formation certifiante, auto-appréciation très basse des limitations fonctionnelles) jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles et influençaient défavorablement le retour au travail. La participation aux thérapies avait été considérée comme moyenne. L'assuré était à tel point centré sur ses douleurs qu'aucun programme de rééducation n'avait pu être mis sur pied. Des incohérences avaient été relevées. Aucune nouvelle intervention n'était proposée. Selon le consultant en chirurgie, les douleurs étaient difficiles à expliquer de façon claire. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : port de charges lourdes, activités nécessitant force et endurance du bras et du poignet gauches, activités nécessitant des mouvements répétitifs du poignet gauche. Au plan des aptitudes fonctionnelles, la situation n'était pas stabilisée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en raison de facteurs tant médicaux que non médicaux. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites était a priori favorable. L'assuré avait été évalué au sein des ateliers professionnels pendant des périodes allant jusqu'à trois heures. Il avait démontré des limitations de force, de charges et de mobilité avec le membre supérieur gauche. Les médecins proposaient une prise de contact avec l'OAI afin de solliciter un accompagnement dans le changement et le deuil de l'ancienne profession, et examiner la possibilité de cours de français. L'incapacité de travail dans la profession de peintre était totale du 1<sup>er</sup> octobre au 24 novembre 2014.

32. Le 19 novembre 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ a signalé que l'état de l'assuré était stationnaire. Il souffrait de douleurs permanentes et d'une diminution fonctionnelle de 50 % du poignet gauche. La capacité de travail était de 20 % en qualité de peintre indépendant et de 80 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
33. Le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a relevé dans son appréciation du 21 novembre 2014 que dans une activité de peintre avec une adaptation du poste de travail respectant les limitations retenues par la CRR, on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité à temps plein sans baisse de rendement.
34. Le 24 novembre 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ a signalé une aggravation de l'état de l'assuré. Ce dernier présentait une instabilité scapho-lunaire du poignet gauche et un syndrome d'hyperpression ulno-carpien. Les douleurs et l'impotence

---

fonctionnelle persistaient. La thérapie était difficile. Il y avait une raideur et une perte de force. La capacité de travail était nulle depuis le 17 septembre 2013. Elle était possible dans une activité n'impliquant pas le membre supérieur gauche dès début 2015. Le Dr H\_\_\_\_\_ n'avait pas de proposition thérapeutique. La compliance n'était pas optimale, par manque de motivation plus que par malice. Il y avait une concordance entre les plaintes et l'examen clinique s'agissant de la raideur, mais les douleurs étaient difficilement explicables à cette intensité.

35. Le Dr L\_\_\_\_\_ a relevé dans une nouvelle appréciation du 18 décembre 2014 que l'activité de peintre n'était plus exigible. Dans une activité exercée assis ou debout, sans port de charges du poignet gauche ni mouvements répétitifs de cette articulation, avec de façon idéale l'avant-bras gauche reposant sur un support, la main gauche n'ayant qu'une fonction accessoire de stabilisation d'un objet, sans limitation au niveau du membre supérieur droit, une activité était exigible à plein temps sans diminution de rendement.
36. Le docteur M\_\_\_\_\_, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), dans un avis établi en janvier 2015, a considéré que l'assuré pouvait être réadapté trois mois après la dernière opération, soit dès le 17 décembre 2013. Il a exclu à titre de limitations fonctionnelles le port de charges lourdes, les activités nécessitant de la force et de l'endurance au niveau du bras et du poignet gauches, et les activités impliquant des mouvements répétitifs de cette articulation. Ce médecin relevait en outre que la tentative de reprise à 100 % le 1<sup>er</sup> mai 2013 avait été entreprise au-dessus des forces de l'assuré et avait mené à une opération. Il s'est pour le surplus référé aux rapports de la CRR et du Dr L\_\_\_\_\_.
37. Par courrier du 16 février 2015, la Suva a indiqué à l'assuré qu'elle verserait des indemnités journalières complètes jusqu'au 30 juin 2015. Elle examinerait le droit à une rente d'invalidité dès cette date.
38. Le 17 février 2015, N\_\_\_\_\_ Sàrl a communiqué à la Suva que le salaire de l'assuré s'élèverait sans accident à CHF 71'500.- en 2014 et CHF 72'500.- en 2015.
39. Dans son rapport du 18 septembre 2015, l'OAI a repris les limitations fonctionnelles retenues par le Dr L\_\_\_\_\_ et relevé que l'activité de peintre n'était plus exigible, le début de la réadaptation étant fixé au 17 décembre 2013. Depuis 2012, l'assuré détenait 50 % du capital-actions de N\_\_\_\_\_ Sàrl, les parts restantes appartenant à sa femme. Bien que l'assuré soit encore inscrit au registre du commerce, son neveu dirigeait dans les faits l'entreprise. L'assuré n'avait pas d'horaire. Il travaillait parfois le samedi et estimait son temps de travail à 45 heures par semaine. Son salaire était de CHF 5'500.-. Il était droitier mais le travail de peinture ne pouvait se faire à une seule main. Afin de pouvoir réaliser les travaux en 2013, l'entreprise avait fait appel à du personnel temporaire et l'assuré avait engagé son neveu afin de le remplacer. Depuis juin 2013, l'assuré travaillait à domicile. Il se chargeait des relations publiques et des commandes ainsi que du paiement des factures. Les tâches administratives représentaient environ une heure

par jour. Malgré sa difficulté à conduire, il se déplaçait pour établir les métrés et faire les devis. Il se rendait également sur les chantiers pour prodiguer des conseils à son neveu et restait parfois avec lui pour s'occuper et parfois effectuer des petites bricoles. Il vérifiait en outre régulièrement l'avancement des travaux. La gestion du personnel et la comptabilité étaient assurées par une fiduciaire. Il avait créé la société à responsabilité limitée pour pouvoir engager sa femme en qualité de secrétaire. En 2012, elle travaillait à 50 %. Elle avait ensuite augmenté son temps de travail à 80 %. Elle dactylographiait les devis et les factures. L'OAI relevait qu'il paraissait peu probable au vu du chiffre d'affaires de l'entreprise qu'une secrétaire-comptable à un taux supérieur à 50 % soit nécessaire. Depuis mars 2014, l'épouse de l'assuré n'avait plus pu être payée. Elle continuait à s'occuper des devis et factures sans rémunération. L'OAI a déterminé au vu des différents documents que le neveu de l'assuré avait effectivement été engagé. En 2015, il était le seul salarié de la société. Quant à l'épouse de l'assuré, son salaire avait augmenté en 2013, ce qui correspondait à l'augmentation de son taux de travail. La situation financière de l'assuré était précaire depuis l'accident. Selon les fiches de salaire, l'assuré avait un salaire brut mensuel de CHF 5'500.- par mois en 2012. Cependant, selon les comptes individuels AVS, le revenu déclaré pour l'année 2012 s'élevait à CHF 65'541.-

L'OAI a procédé à la comparaison des champs d'activité suivante :

Champ d'activité sans atteinte à la santé	Heures par semaine	Pondération sans handicap	Taux d'incapacité	Incapacité de travail pondérée
Direction / Administration  (gestion, organisation, acquisition, personnel, offres, commandes, facturation, paiements, relations publiques)	5	11 %	45 %	5 %
Peintre en bâtiment  (Métré, traçage, protection, préparation, application et nettoyage, vérifications et surveillance)	40	89 %	80 %	71 %
Total	45	100 %		76 %

L'assuré estimait qu'il consacrait une heure par jour à la partie administrative. Le chiffre d'affaires avait fortement chuté depuis son accident. La partie administrative étant en lien avec la bonne marche de la société, une baisse de travail avait été estimée.

L'assuré ne pouvait plus exercer son activité de peintre. Il passait sur les chantiers

pour donner des conseils et faire des petites bricoles. Parfois, il restait avec son neveu pour s'occuper. En général, il passait une fois le matin et le soir sur le chantier pour livrer la marchandise ou vérifier le travail effectué.

Le chiffre d'affaires de 2014 avait diminué d'environ 47 % par rapport à 2012. Le chiffre d'affaires de 2013 découlait également de devis négociés en 2012. L'entreprise générait des pertes depuis 2013. La situation était critique, mais l'assuré peinait encore à envisager la vente ou la remise de sa société. Le revenu de la société était également influencé par le fait que l'épouse n'était plus rémunérée, malgré son travail.

Il était ainsi extrêmement difficile de préjuger du revenu hypothétique sans invalidité que l'assuré aurait pu réaliser. La méthode extraordinaire était partant appliquée, en recourant au revenu issu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2012, TA1\_skill\_level\_privé, Noga 08.

Champ d'activité	Pondération sans handicap	Incapacité de travail dans le champ d'activité	Base de salaire mensuel	Revenu annuel sans handicap	Perte annuelle due au handicap
Direction	11 %	45 %	CHF 4'476.-	CHF 5'908.- <sup>1)</sup>	CHF 2'659.-
Peintre en bâtiment	89 %	80 %	CHF 5'874.-	CHF 62'734.- <sup>2)</sup>	CHF 50'187.-
Total	100 %	76 %		CHF 68'643.-	CHF 52'846.-

1) Selon l'ESS 2012, TA1\_skill\_level\_privé, secteur 82 – Activité de service admin, niveau 1

2) Selon l'ESS 2012, TA1\_skill\_level\_privé, secteur 41- 43 – Construction, niveau 1

Le taux de diminution du revenu de l'activité professionnelle était ainsi de 77 %.

40. Le 21 septembre 2015, l'OAI a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité. Pour le revenu d'invalidité, il s'est référé au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour un homme (ESS 2012, TA1\_skill\_level\_privé, Ligne Total, niveau 1, soit CHF 5'210.-). Adapté à la durée normale de travail et indexé à 2014, le revenu annuel était de CHF 66'130.-. L'OAI a procédé à un abattement de 10 % sur ce revenu, ce qui le portait à CHF 59'157.-. Le revenu sans invalidité était fixé à CHF 68'643.-. La différence entre ces deux revenus aboutissait à un taux de 13.29 %.
41. Le 25 septembre 2015, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel ce dernier n'avait pas droit à une rente ou à des mesures professionnelles. L'OAI a retenu que l'incapacité de travail était de 75 % dans l'activité habituelle depuis le 7 juin 2013, puis totale dès le 17 septembre 2013. Dans une activité adaptée, la capacité était toutefois pleine depuis le 17 décembre 2013. Le taux de diminution du revenu de l'activité professionnelle était de 77 % selon la méthode extraordinaire. La comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 13 %, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel.
42. Par courrier du 14 octobre 2015, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI. Il a allégué qu'à son âge, il était impossible de trouver un emploi en étant

considérablement diminué. Il n'était en outre pas d'accord avec le mode de calcul de la perte de gain.

43. Le 21 octobre 2015, par l'entremise de son mandataire, l'assuré a derechef déclaré s'opposer au projet de décision de l'OAI. Il s'est prévalu de son âge et de ses limitations fonctionnelles. Il a allégué que le montant de CHF 68'463.- retenu à titre de revenu sans invalidité était largement au-dessous des salaires usuels en tant que peintre. N\_\_\_\_\_ Sàrl avait confirmé que son revenu aurait été de CHF 71'500.- en 2014 et de CHF 72'500.- en 2015. Quant à l'abattement de 10 %, il n'était pas suffisant au vu des critères à prendre en compte. L'assuré invitait l'OAI à procéder à un nouveau calcul.
44. Par décision du 2 novembre 2015, l'OAI a confirmé les termes de son projet.
45. L'assuré, représenté par son mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'OAI par écriture du 3 décembre 2015. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, à la mise en œuvre de toute mesure d'instruction nécessaire, y compris une expertise judiciaire pluridisciplinaire, au fond à l'annulation de la décision du 2 novembre 2015 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Il a allégué qu'il exerçait le métier de peintre depuis l'âge de 12 ans. À la suite de l'accident de janvier 2013, son état de santé s'était aggravé malgré l'opération du 17 septembre 2013. Le Dr H\_\_\_\_\_ avait attesté d'une incapacité de travail complète en tant que peintre dans son certificat du 28 novembre 2014 et d'une capacité de travail dans une activité adaptée au plus tôt au début de l'année 2015. Il s'est en outre référé à un rapport du 28 octobre 2015 du Dr G\_\_\_\_\_, qu'il a produit à l'appui de son recours, et aux termes duquel sa capacité de travail dans une activité adaptée n'excédait pas deux heures par jour. Il a en outre précisé qu'il avait subi une intervention chirurgicale d'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 27 octobre 2015, dont les suites avaient été difficiles. Selon le Dr G\_\_\_\_\_, il souffrait en outre de troubles dégénératifs importants et précoces de la colonne cervicale, lesquels se manifestaient rapidement lors de positions contraignantes. Le recourant a fait grief à l'intimé de ne pas avoir instruit à satisfaction son état de santé, le seul rapport médical de cet office émanant du Dr M\_\_\_\_\_, lequel s'était contenté de reprendre les conclusions de la CRR et du Dr L\_\_\_\_\_ qui ne tenaient compte que des atteintes du poignet gauche. Ses cervicalgies chroniques n'avaient ainsi pas été évaluées, si bien que la chambre de céans devait ordonner une expertise pluridisciplinaire afin d'évaluer ses atteintes à la santé. S'agissant de l'évaluation de l'invalidité, il a soutenu que la méthode extraordinaire conduisait à une diminution de revenu de 97 % (CHF 75'560.- sur CHF 77'222.-) selon le calcul suivant :

Champ d'activité	Pondération sans handicap	Incapacité de travail dans le champ d'activité	Salaire usuel sur 45 h/sem.	Revenu annuel sans handicap	Perte annuelle due au handicap
Direction	11 %	75 %	CHF 5'035.-	CHF 6'646.-	CHF 4'984.50
Peintre en	89 %	100 %	CHF 6'608.-	CHF 70'576.-	CHF 70'576.-

---

bâtiment

Total 100 % CHF 77'222.- CHF 75'560.-

La diminution du revenu de l'activité professionnelle calculée par l'intimé s'élevait quoi qu'il en soit à 77 %, ce qui ouvrait le droit à une rente entière. Même en tenant compte d'une capacité de travail résiduelle, il y avait lieu de se référer pour le revenu d'invalidité au montant statistique imputable aux hommes exerçant leur activité dans le secteur des services administratifs (soit les lignes 77, 79-82 de l'ESS 2012, TA1\_skill\_Level), soit CHF 4'476.- au lieu de CHF 5'200.-. Après indexation et adaptation à la durée normale de travail de 41.7 heures, le revenu était de CHF 56'646.-. Un abattement de 25 % devait être opéré, et le revenu aboutissait ainsi à CHF 33'925.-. Comparé au revenu sans invalidité de CHF 77'222.-, le degré d'invalidité s'élevait à 56 %, ce qui ouvrait le droit à une demi-rente d'invalidité.

Le recourant a produit les documents suivants :

- a. rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 28 octobre 2015, posant les diagnostics d'instabilité scapho-lunaire du poignet gauche, de syndrome de compression ulno-carpien du poignet gauche et de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs depuis 5 ans. L'assuré présentait des douleurs et des mouvements limités de la main gauche et de la colonne cervicale. Un travail exécutable à une main sans le concours du cervix était peu envisageable, et le recourant parlait peu le français et n'avait pas de formation. La capacité de travail était nulle en tant que peintre ou en présence de contraintes physiques, et de 25 %, soit deux heures par jour, dans un travail adapté. La notion de travail adapté était abstraite et ne servait qu'à justifier la non prise en charge du handicap ;
- b. rapport du 28 novembre 2015 du Dr H\_\_\_\_\_, indiquant notamment que lors de la consultation du 12 octobre 2015, le recourant continuait à se plaindre de douleurs invalidantes au poignet et aux doigts, et que la mobilité du poignet était limitée. La plaque sur l'ulna entraînait des douleurs, et l'ostéotomie était consolidée, si bien que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse avait été pratiquée le 27 octobre 2015. Les suites opératoires avaient été simples et certaines douleurs préopératoires avaient disparu. La situation était stabilisée et on ne pouvait attendre d'amélioration du poignet gauche. Pour un droitier, peintre en bâtiment, l'état de cette articulation empêchait certainement de pratiquer son métier. En théorie, un reclassement dans une activité adaptée sans efforts de la main gauche, ni port de charges ou mouvements de force ou répétitifs, serait possible. Étant donné l'âge du recourant et sa formation uniquement dans le bâtiment, et au vu du retentissement émotionnel et du marché du travail difficile, on le voyait mal se réinsérer ;
- c. rapport du 29 novembre 2015 du Dr G\_\_\_\_\_, indiquant que les douleurs de la nuque et du cou évoluaient depuis plusieurs années et n'avaient pu être soulagées totalement par des mesures médicales. Elles étaient invalidantes car elles se manifestaient rapidement lors de positions contraignantes ;

d. rapport d'IRM cervicale du 15 septembre 2010, concluant à une hernie discale C3-C4 de localisation médiane et paramédiane, appuyant discrètement sur la partie antérieure du fourreau dural et en contact avec la racine C4 droite, à une protrusion discale C4-C5, sans image d'hernie ni effet compressif sur les racines, à une hernie discale C6-C7 de faible épaisseur sans conflit radiculaire, et à une discrète arthrose des masses latérales en C3-C4 à gauche, C4-C5 des deux côtés, C5-C6 et C6-C7 ne provoquant pas de rétrécissement foraminaux.

46. Par écriture du 5 février 2016, le recourant a complété son recours en persistant dans ses conclusions. Il a précisé qu'une IRM avait été récemment réalisée et que les nombreuses lésions dégénératives invalidantes de la colonne l'empêchaient selon le Dr G\_\_\_\_\_ de reprendre une quelconque activité. Son état de santé s'était aggravé et le pronostic était mauvais.

Il a produit un rapport d'IRM du 13 janvier 2016, ayant mis en évidence une importante arthrose des facettes articulaires postérieures en C2-C3 à gauche, une hernie discale C3-C4 de localisation médiane et paramédiane, en contact avec les racines C4, une hernie discale C6-C7 plus accusée, de localisation médiane et paramédiane à prédominance droite en contact avec les racines C7, et une uncarthrose C4-C5 et C6-C7 rétrécissant de façon relative les canaux radiculaires.

47. Dans sa réponse du 7 mars 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a affirmé avoir pris en compte l'intégralité des pièces médicales au dossier avant de rendre sa décision. S'agissant des cervicalgies, il s'est référé à l'avis du SMR du 1<sup>er</sup> mars 2016, qu'il a produit. Le dossier était suffisamment instruit, de sorte que des investigations complémentaires étaient superflues. Le marché du travail comprenait en outre suffisamment de postes adaptés sans formation particulière.

Dans l'avis joint du docteur O\_\_\_\_\_ du SMR, celui-ci a noté que les atteintes du rachis cervical s'étaient accentuées depuis 2010. Il s'agissait cependant d'une évolution dégénérative normale, sans signe particulier de sévérité. Le Dr G\_\_\_\_\_ avait expliqué que les cervicalgies étaient invalidantes depuis des années. Or, le rapport de la CRR ne mentionnait pas de douleurs au niveau du cou. Le Dr G\_\_\_\_\_ n'avait pas non plus émis de limitations en lien avec cette atteinte dans son rapport du 19 novembre 2014. Les nouveaux documents médicaux produits par le recourant ne modifiaient pas les évaluations antérieures du SMR.

48. Par observations du 15 avril 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a produit un rapport du 26 mars 2016 du Dr G\_\_\_\_\_ réaffirmant que sa capacité de travail était de 20 % depuis le 17 octobre 2013. Quant aux arguments du Dr O\_\_\_\_\_, le recourant a fait valoir que son hospitalisation à la CRR avait pour but une rééducation intensive associée à un bilan interdisciplinaire, et non l'évaluation de sa capacité de travail. Les médecins de la CRR avaient du reste préconisé un accompagnement par l'intimé dans le changement et le deuil de l'ancienne profession, et la possibilité de cours de français. L'intimé n'avait toutefois pas entrepris ces démarches et n'abondait ainsi pas dans le sens de la

CRR, dès lors qu'il refusait toute mesure de réadaptation. L'intimé n'avait pas mis en œuvre ses propres mesures d'instruction. Les conclusions du Dr L\_\_\_\_\_ ne coïncidaient du reste pas avec le rapport des médecins de la CRR et les évaluations d'activités simples. Au vu de l'âge du recourant, de son niveau de formation, et de son activité indépendante, la reprise d'une activité salariée présenterait de plus un effort d'adaptation trop important. De plus, le recourant parlait très peu le français et n'avait pas de connaissances informatiques, ses limitations fonctionnelles étant de surcroît importantes. Aucun exemple d'activité adaptée n'était d'ailleurs proposé par l'intimé. Le recourant n'était ainsi plus en mesure de retrouver un emploi adapté à son handicap sur un marché équilibré du travail.

Selon le rapport joint du Dr G\_\_\_\_\_, l'état de santé du recourant s'était aggravé depuis 2014 en raison des cervicalgies et de l'état de son poignet. Une capacité de travail de 20 % au plus était exigible depuis l'opération du poignet. Si le Dr G\_\_\_\_\_ avait mentionné une capacité de travail de 80 % en 2014, c'était en raison d'une confusion entre « capacité » et « incapacité de travail ».

49. L'intimé s'est déterminé le 9 mai 2016 en persistant dans ses conclusions. Il a notamment souligné que l'assurance-invalidité se fondait sur un marché du travail équilibré, de sorte que les difficultés que le recourant pourrait rencontrer dans ses recherches d'emploi étaient des facteurs étrangers à l'invalidité.
50. Par décision du 13 mai 2016, le Président du Tribunal civil a refusé d'entrer en matière sur la requête d'assistance juridique du recourant.
51. Par courrier du 7 juin 2016, la chambre de céans a informé les parties que la cause était 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de

---

l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

6. Conformément à l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité 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, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies.

Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c).

De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2, ATF 124 V 108 consid. 3a).

7. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de

---

travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les

écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

9. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2). Par ailleurs, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_924/2011 du 3 juillet 2012 consid. 5.2.1).
10. a) 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). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement

que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (méthode générale de comparaison des revenus, ATF 129 V 222 consid. 4.1).

b) Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidé, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA; art. 27 RAI), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2c).

Conformément à la jurisprudence (ATF 128 V 29 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_820/2008 du 14 octobre 2009 consid. 4.4), il convient d'utiliser la formule suivante dans le cadre de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité:

$$\frac{T1 \times B1 \times s1 + T2 \times B2 \times s2}{T1 \times s1 + T2 \times s2} = \text{taux d'invalidité}$$

T correspond à la part consacrée à chacun des deux champs d'activité de travail en cause par rapport au temps total ( $T1 + T2 = 100 \%$ ) en pour cent, B à l'empêchement dans chacune des activités et s au revenu pour l'activité correspondante.

La méthode extraordinaire est souvent utilisée pour les indépendants, principalement ceux qui travaillent dans l'agriculture ou qui exercent un métier manuel lorsque, en raison de leur état de santé, ils se voient contraints d'abandonner l'activité qu'ils exercent à titre principal et de modifier la structure de leur

---

exploitation par l'engagement de nouveaux collaborateurs (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Fribourg 2011, n. 2183 p. 588). Selon la jurisprudence, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans une entreprise artisanale avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise artisanale dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle de membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs (étrangers à l'invalidité) et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_46/2016 du 10 août 2016 consid. 2.1 et 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.3).

c) Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_147/2014 du 9 mai 2014 consid. 7.2.1). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances objectives et subjectives du cas concret, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.3). L'effort à consentir par l'assuré est d'autant plus important que la diminution du dommage escomptée est substantielle, l'ensemble des circonstances devant être prises en considération (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_771/2011 du 15 novembre 2012 consid.3 et 8C\_878/2010 du 19 septembre 2011 consid. 4.2). Lorsqu'un changement d'activité professionnelle est raisonnablement exigible, compte tenu de la diminution importante du dommage que l'on peut en attendre, il y a lieu d'appliquer non pas la méthode extraordinaire mais la méthode ordinaire de comparaison de revenus (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.2.2 et 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 7.3).

11. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en

---

considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_849/2007 du 22 juillet 2008 consid. 5.2). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (ATF 123 V 230 consid. 3c), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 et 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2).

L'assurance-invalidité n'a pas à répondre du fait qu'un assuré ne trouve plus d'emploi adapté à ses atteintes à la santé en raison de son âge. Dans le cadre de l'examen de l'exigibilité qu'imposent tant la notion de marché du travail équilibré que le devoir de réadaptation – examen qui interdit de partir d'hypothèses irréalistes, l'âge avancé ne constitue toutefois pas un facteur étranger à l'invalidité mais fait partie des caractéristiques qui, cumulées aux circonstances personnelles et professionnelles, peuvent avoir pour conséquence que la capacité résiduelle de gain de l'assuré n'est de manière réaliste plus demandée sur le marché équilibré du travail et que sa mise en valeur n'est plus exigible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment

---

auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.). Le Tribunal fédéral a considéré que le seuil dès lequel on peut parler d'âge avancé se situe à 60 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

Ces principes ont donné lieu à la casuistique suivante. Dans le cas d'une assurée à quelques mois de l'obtention d'une rente de vieillesse, ayant travaillé durant plus de quarante ans comme coiffeuse et sans expérience professionnelle dans d'autres domaines, présentant de plus diverses allergies, le Tribunal fédéral a confirmé que les chances de trouver un emploi étaient minimales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 462/02 du 26 mai 2003 consid. 3.2). Notre Haute Cour a considéré qu'on ne pouvait exiger d'une assurée âgée de 61 ans et cinq mois qu'elle reprît le travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 5.4), ni d'une assurée de 63 ans et 10 mois (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3), ou d'un assuré de 63 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.4). S'agissant d'une assurée de 61 ans et un mois au moment de la décision litigieuse et n'ayant pas travaillé depuis 1978, sans autre expérience que dans le nettoyage et la conciergerie, le Tribunal fédéral a retenu qu'elle n'était pas en mesure de retrouver un emploi léger et adapté à son handicap sur un marché équilibré du travail, tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire, privilégiant la position assise et les déplacements plutôt à plat, sans inclinaison vers l'avant ni port de charges supérieures à 5 kilos (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.3). Pour un assuré de près de 60 ans, ayant uniquement travaillé en tant que menuisier et agriculteur indépendant, la reprise d'un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles a été exclue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Il n'a pas non plus été jugé exigible d'un assuré de 63 ans qu'il abandonne l'emploi qu'il exerçait à 50 % pour se lancer dans une recherche hasardeuse d'un emploi correspondant à sa capacité résiduelle de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1034/06 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.3.2).

En revanche, le seuil à partir duquel on peut exclure une possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré a été considéré comme non atteint pour des assurés âgés de 58 ans (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2 et 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.3). Tel est également le cas pour un assuré âgé de 60 ans au moment de la décision litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2). De même, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail d'un assuré de 57 ans, pouvant exercer à plein temps une activité épargnant son dos, sous réserve d'une diminution de rendement de 20 %, n'est pas illusoire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 3.3 et 3.4). Il n'est pas non plus irréaliste de considérer qu'une assurée âgée de

59 ans et 11 mois, au bénéfice d'une formation universitaire dans son pays d'origine, ayant travaillé en qualité d'aide-comptable puisse retrouver un tel emploi adapté à ses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_897/2012 du 21 mai 2013 consid. 4.1).

12. En l'espèce, l'intimé a tenu compte d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, sans diminution de rendement.

Aucun des rapports médicaux au dossier ne permet de s'écarter de cette conclusion. Les médecins de la CRR, s'ils ne se sont pas formellement exprimés sur la capacité de travail médico-théorique, ont relevé que le pronostic de réinsertion dans une telle activité était a priori favorable. Les facteurs susceptibles d'influencer négativement sur la reprise d'une activité lucrative étaient de nature contextuelle et non médicale. Le Dr L\_\_\_\_\_ a aussi admis l'exercice d'une telle activité dans son appréciation du 18 décembre 2014, en retenant des limitations fonctionnelles correspondant largement à celles posées par les Drs K\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_. Le Dr H\_\_\_\_\_ a également conclu qu'une activité adaptée était possible du point de vue médical dès le début de l'année 2015, ce qu'il a confirmé dans son rapport du 28 novembre 2015. Les limitations fonctionnelles retenues par ce spécialiste sont en outre pour l'essentiel identiques à celles admises par les médecins précités. En définitive, seul le Dr G\_\_\_\_\_ a contesté l'aptitude du recourant à exercer une activité adaptée plus de deux heures par jour dans son rapport du 28 octobre 2015. Or, cette appréciation n'est nullement motivée. Elle contraste de plus avec les indications qu'il a données le 19 novembre 2014, date à laquelle il admettait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée. Ce praticien s'est certes expliqué de cette contradiction dans son rapport du 26 mars 2016, en exposant qu'elle résultait d'une confusion entre les notions de capacité et d'incapacité de travail. Cette justification n'est cependant guère convaincante. En effet, s'il fallait suivre le Dr G\_\_\_\_\_, cela signifierait que la capacité de travail de 20 % dans l'activité de peintre dont il a fait état dans le même certificat doit en réalité être interprétée comme une capacité de travail de 80 %, ce qui est à l'évidence erroné. Ainsi, l'avis isolé du Dr G\_\_\_\_\_ ne suffit pas à mettre en doute les conclusions des autres médecins. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse qui a eu lieu en octobre 2015 ne modifie pas non plus l'appréciation de la capacité de gain du recourant, dès lors que le Dr H\_\_\_\_\_ a qualifié ses suites de simples et qu'il a confirmé la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée dans un rapport postérieur à cette intervention.

Quant aux cervicalgies, dont le recourant allègue qu'elles l'empêchent de reprendre une activité adaptée, elles n'ont jusqu'ici pas entravé l'exercice d'une activité lucrative, comme le relève à juste titre le Dr O\_\_\_\_\_. On ne peut ainsi suivre le Dr G\_\_\_\_\_ lorsqu'il les qualifie d'invalidantes. Le recourant n'a du reste pas signalé des douleurs de cet ordre aux médecins de la CRR, qui, contrairement à ce qu'il semble suggérer, ont tenu compte de l'intégralité de ses plaintes et ont procédé à une anamnèse détaillée, sans se cantonner à la mise en place d'un programme de rééducation à la suite de son accident. Le Dr G\_\_\_\_\_ lui-même n'a jamais fait état

de telles douleurs avant son certificat du 28 octobre 2015, ce qui permet également de douter de leur incidence sur la capacité de gain du recourant. De surcroît, une éventuelle aggravation de ces troubles – telle qu'elle paraît ressortir du rapport d'IRM du 13 janvier 2016 – est postérieure à la décision attaquée. Or, selon une jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 3.4).

Eu égard aux éléments qui précèdent, la chambre de céans se ralliera aux conclusions du SMR, selon lesquelles le recourant peut exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles émises par les médecins de la CRR et le Dr L\_\_\_\_\_.

S'agissant de la date dès laquelle une telle activité est exigible au plan médical, le médecin du SMR a considéré que le recourant pouvait être réadapté dès le 17 décembre 2013. Force est de relever que cette affirmation n'est nullement motivée et qu'elle ne correspond pas à l'appréciation des autres médecins. Le Dr G\_\_\_\_\_ a admis la reprise d'une activité adaptée à 80 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014, alors qu'elle est possible dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015 pour le Dr H\_\_\_\_\_. Quant au médecin d'arrondissement de la Suva, c'est en novembre 2014 qu'il a évoqué une reprise pour la première fois, sans toutefois articuler de date précise à cette fin. On s'en tiendra sur ce point à l'évaluation du Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste ayant examiné le recourant. Il y a ainsi lieu d'admettre une capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

13. Il convient à présent d'examiner le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé.

La capacité de gain du recourant étant nulle de janvier 2013 au 31 décembre 2014, son degré d'invalidité est total durant cette période.

Quant au taux d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015, on notera en préambule que c'est à juste titre que l'intimé a déterminé le degré d'invalidité en recourant à la méthode de comparaison des revenus dans sa note du 21 septembre 2015, selon le calcul repris dans la décision litigieuse. En effet, au vu des circonstances, et notamment de l'importante diminution du dommage que permettrait un changement de profession, une reconversion dans une activité adaptée est exigible. Le recourant était âgé de 58 ans en janvier 2015, date à laquelle il a été considéré apte à reprendre un emploi respectant ses limitations fonctionnelles. Cet âge est sensiblement inférieur à celui à partir duquel le Tribunal fédéral considère qu'une réinsertion professionnelle n'est pas réaliste. Par ailleurs, le recourant ne soutient pas qu'il ne pourrait remettre son entreprise sans perte importante. Son neveu paraît d'ailleurs d'ores et déjà assumer la relève. Quant à l'absence de formation et le faible niveau linguistique du recourant, ils ne constituent pas des obstacles insurmontables à l'exercice d'une activité peu qualifiée, accessible sans formation préalable.

S'agissant des revenus avec et sans invalidité, il est conforme au droit de les déterminer en se référant aux salaires statistiques, dès lors que le revenu effectif du

recourant a beaucoup varié dans les années précédant son atteinte et qu'il a été influencé par des facteurs étrangers après son accident. On notera d'ailleurs que le revenu sans invalidité de CHF 68'643.- pris en compte par l'intimé est supérieur au salaire effectivement perçu par le recourant avant l'accident, soit CHF 65'541.- selon son compte individuel AVS. En ce qui concerne le revenu avec invalidité, il correspond au salaire statistique tiré d'activités simples et répétitives selon l'ESS 2012, TA1\_skill\_level\_privé, Ligne Total, niveau 1, soit CHF 5'210.- par mois pour 40 heures de travail. Indexé et adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures en 2014, année de naissance du droit à la rente, il s'élève CHF 66'127.- par année. L'intimé a opéré une réduction statistique de 10 % sur ce revenu, ce qui le porte à CHF 59'514.-. 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). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2). L'étendue de l'abattement constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge uniquement si l'autorité a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (ATF 132 V 393 consid. 3.3). En l'espèce, si l'abattement de 10 % peut paraître sévère, l'intimé n'en est pas moins resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation, de sorte que la chambre de céans n'est pas fondée à revenir sur ce point. La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutit ainsi à un taux d'invalidité de 13.3 %, insuffisant pour ouvrir le droit aux prestations. On ajoutera encore que même s'il fallait tenir compte de l'abattement maximal de 25 %, le revenu avec invalidité serait de CHF 49'595.-, ce qui porterait le degré d'invalidité de 28 %. Un tel taux n'ouvre pas non plus le droit à une rente.

On précisera encore que le recourant ne peut prétendre à une rente malgré son invalidité totale de janvier 2013 à décembre 2014. En effet, le droit à la rente naît à l'issue d'une capacité de travail d'une année au moins au plus tôt six mois après le dépôt de la demande de rente (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI et 29 al. 1 LAI). L'incapacité de travail totale est survenue en janvier 2013, le délai de carence d'une année s'est achevé en janvier 2014. La demande du recourant étant tardive, le droit à la rente naît au plus tôt le 14 avril 2015, date à laquelle son degré d'invalidité est inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente.

14. Le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une expertise. Si un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la

certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, dès lors que la chambre de céans dispose des renseignements nécessaires pour statuer sur le droit aux prestations du recourant, une telle mesure s'avère inutile.

15. Eu égard à ce qui précède, le recours doit être rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), le recourant sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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