

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1217/2017

ATAS/985/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 novembre 2017

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à MEINIER

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1980, a une formation de menuisier. Dès janvier 2003, il a travaillé en cette qualité au sein de l'entreprise B_____ jusqu'à fin août 2013, en dernier lieu à 80 %. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA).
2. Le 29 septembre 2013, en faisant du jogging, il est tombé et s'est déchiré le ligament du genou droit. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la SUVA.
3. Le 31 octobre 2013, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une arthroscopie avec ménisectomie, forage de Pridie du condyle interne et ligamentoplastie par allogreffe, en raison de la rupture du ligament croisé antérieur et d'une fracture du cartilage du condyle interne.
4. Le 3 novembre 2014, le Dr C_____ a effectué une nouvelle arthroscopie avec toilette du greffon du ligament croisé antérieur, plastie d'ouverture de l'échancrure, synovectomie partielle et ablation de Plica, ainsi qu'ostéotomie de valgisation de 8° du tibia.
5. En mars 2015, l'assuré a requis les prestations de l'assurance-invalidité.
6. Selon le rapport d'évaluation pour l'intégration professionnelle du 4 juin 2015 de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), l'assuré a été licencié pour des raisons économiques. Il avait travaillé à 80 % par choix personnel. Il désirait obtenir un travail en lien avec ses compétences et réfléchissait au métier de maître socio-professionnel. Par ailleurs, l'état de son genou droit n'était pas encore stabilisé.
7. Par décision du 15 juillet 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un accompagnement individuel, à raison de onze séances dès le 29 juin 2015.
8. Selon le rapport du 1^{er} septembre 2015 du docteur D_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, la reprise de l'ancienne activité de menuisier n'est pas exigible. Des limitations existent pour la marche de longue durée et sur les terrains irréguliers, la station debout de longue durée, les montées et descentes répétitives d'échelles et d'escaliers, la position accroupie avec appui sur le genou droit, ainsi que le port de charges supérieures à 25 kg. En respectant ces limitations, la capacité de travail est totale dans un emploi adapté permettant également une alternance des positions assises et debout.
9. Du 31 août au 27 septembre 2015, l'assuré a bénéficié d'une observation et d'une orientation professionnelle aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI). Selon le rapport du 3 novembre 2015 de cette institution, l'assuré a fait preuve d'une grande adaptation. Il apprenait vite, mais avait des difficultés positionnelles debout et au changement de position. L'évaluation de son stage est bonne.

Concernant son projet professionnel de formateur, les EPI ont estimé qu'il avait les compétences et les qualités nécessaires pour ce type d'activité. Il est par ailleurs relevé dans ce rapport que l'assuré devra subir une opération encore en octobre. Toutefois, son désir était de reprendre une activité salariée adaptée le plus vite possible.

10. Par décision du 16 décembre 2015, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un reconditionnement par coaching individuel « Remobilisation » du 3 décembre 2015 au 4 mars 2016.
11. Par courriel du 22 février 2016, la conseillère en réadaptation professionnelle de l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'une mesure de reclassement professionnel présupposait une perte salariale de plus de 20 %, condition qui n'était pas réalisée dans son cas. Toutefois, dès lors que son état de santé n'était pas encore stabilisé, l'OAI allait attendre la fin de l'instruction médicale pour se déterminer définitivement.
12. Le 3 mars 2016, l'assuré a subi une arthroscopie du genou gauche avec résection partielle de la corne postérieure du ménisque interne, toilette articulaire et synovectomie partielle, ainsi qu'ablation du matériel d'ostéotomie du tibia proximal.
13. Le 18 avril 2016, l'OAI a constaté que l'assuré ne réalisait aucune perte de gain en changeant d'activité professionnelle.
14. Dans son rapport du 6 mai 2016, le Dr C_____ a attesté que l'état de santé s'était amélioré depuis le dernier examen médical en date du 7 mai 2015.
15. Selon le rapport du 13 mai 2016 du docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, il n'était pas envisageable que l'assuré reprît l'activité professionnelle antérieure. A terme, son genou évoluera certainement vers une aggravation de l'arthrose. L'assuré souffrait de douleurs et subissait par conséquent une diminution de rendement. La situation devait encore être réévaluée et l'option d'une ostéotomie de valgisation était toujours prise en considération.
16. Selon le rapport d'entretien du 17 juin 2016 entre la SUVA et l'assuré, les suites post-opératoires de l'intervention du 3 mars 2016 ont été marquées par des douleurs constantes et des limitations fonctionnelles de la jambe. Cette intervention n'avait pas apporté le résultat que l'assuré espérait et la situation était restée inchangée. L'ostéotomie envisagée avait été reportée pour la fin du mois d'août 2016. Dès que l'assuré sortait à l'extérieur, il devait mettre une orthèse du genou et une semelle adaptée dans sa chaussure droite pour le soulager dans ses déplacements. Le traitement de physiothérapie avait été interrompu depuis longtemps, n'ayant pas apporté de soulagement. L'assuré ne prenait ni antidouleurs ni anti-inflammatoires. La quatrième intervention sur ce genou sera fixée lors de sa prochaine consultation auprès du Dr E_____ en date du 17 août 2016.

17. Selon l'avis médical du 13 septembre 2016 de la doctoresse F_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR), le docteur C_____ avait annoncé en mai 2016 une amélioration, de sorte que dès cette date un début à la réadaptation était possible. Dès le mois de mai, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée.
18. Le 15 décembre 2016, l'assuré a subi une intervention consistant en une ostéotomie de valgisation du membre inférieur droit.
19. Par décision du 23 décembre 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente limitée dans le temps du 1^{er} septembre 2015 au 31 juillet 2016 et de lui refuser le droit aux mesures d'ordre professionnel, dès lors que sa perte de gain était insuffisante.
20. Par décision du 6 mars 2017, l'OAI a confirmé le projet précité.
21. Par acte posté le 4 avril 2017, l'assuré a formé recours contre cette décision, en demandant à ce que son dossier soit réexaminé. Il a fait valoir avoir subi une dernière opération le 15 décembre 2016. Par ailleurs, la SUVA avait attesté le 16 janvier 2017 que son incapacité de travail était toujours médicalement justifiée, de sorte que cette l'assurance continuait à lui allouer les indemnités journalières pour une durée indéterminée.
22. Dans son avis médical du 25 avril 2017, la doctoresse G_____ du SMR a indiqué qu'il serait souhaitable de connaître l'évolution de l'intervention de décembre 2016. Toutefois, à l'examen des pièces du dossier, l'assuré aurait pu reprendre une activité adaptée au moins depuis mai 2015.
23. Le 30 mai 2017, le Dr E_____ a informé la chambre de céans que l'évolution de l'opération du 15 décembre 2016 avait été tout à fait favorable, lors du dernier contrôle en date du 24 mars 2017. Les douleurs avaient diminué, principalement au niveau du compartiment interne, et le recourant avait pu reprendre progressivement des activités. Des douleurs persistaient en lien avec le matériel d'ostéosynthèse sur le versant interne, ce qui était tout à fait prévisible. Le bilan radiologique était sans particularité. Au vu de l'évolution actuelle, il était prévu que le recourant pût être réintégré à 100 % dans une activité professionnelle depuis le 23 mai 2017. Il n'était cependant pas envisageable qu'il entreprît des activités professionnelles physiques, la position statique debout, le port de charges, le travail en terrain irrégulier, la montée et descente d'escaliers itérative, la position accroupie et à genoux, la montée et descente des échelles et des échafaudages étant proscrits. Dans une activité sédentaire, plutôt de bureautique, il pourrait être envisageable à long terme qu'il travaillât à 100 %. Les douleurs étaient la cause d'une diminution de rendement, mais il était actuellement trop tôt pour se prononcer sur le long terme, la situation étant actuellement précoce. La situation devrait se stabiliser aux environs d'une année après l'intervention chirurgicale, de l'avis de ce médecin.
24. Le 14 juin 2017, le Dr D_____ de la SUVA a fait savoir à l'OAI qu'il partageait l'avis du Dr E_____. Le recourant présentait une incapacité de travail totale dans

l'activité habituelle, compte tenu des lésions séquellaires. Dans une activité sédentaire, la capacité de travail était de 100 %. Le recourant sera adressé à la clinique romande de réadaptation (CRR), afin de faire une vérification de la situation et d'évaluer ses capacités fonctionnelles pour une nouvelle activité professionnelle. Enfin, ce médecin a invité l'OAI à activer dans les meilleurs délais un reclassement professionnel, qui semblait indispensable.

25. Dans son avis médical du 16 juin 2017, la doctoresse H_____ du SMR s'est prononcée sur le rapport du Dr E_____ du 30 mai 2017 et a considéré que celui-ci confirmait les conclusions du SMR dans ses avis précédents.
26. Par écriture du 21 juin 2017, l'OAI a maintenu que le recourant avait une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 13 mai 2016.
27. Entendu en date du 31 août 2017 par la chambre de céans, le recourant a déclaré ce qui suit :

« Je voudrais devenir maître socio-professionnel. Pour ce métier, la formation est de trois ans et il faut être dans un emploi à mi-temps. Je suppose qu'on est payé pour cet emploi à 50 %.

Je viens de terminer un séjour à la CRR de cinq semaines qui s'est terminé le 8 août 2017. Je n'ai pas le rapport y relatif.

Par ailleurs, une intervention est encore prévue pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, mais pas avant douze mois après mon opération de décembre 2016.

J'ai essayé de trouver du travail dans une activité adaptée, mais aucun employeur n'a voulu m'engager, notamment en raison des interventions médicales encore à venir. J'ai cherché dans les stations-services et même dans mon métier. J'ai cherché pendant dix jours, mais il y avait toujours la barrière de mon état de santé qui n'est pas stabilisé et nécessite des opérations. En fait, mon médecin avait attesté une capacité de travail dès le 23 mai 2017 et je m'étais inscrit à l'assurance-chômage. Toutefois, après dix jours, j'ai été de nouveau mis en arrêt de travail en raison du séjour à la CRR.

Demain, je me réinscrirais de nouveau au chômage. Toutefois, vu que je dois me soumettre à une opération encore en décembre 2017, laquelle engendrera une incapacité de travail de quinze jours, je doute qu'un employeur accepte de m'engager.

J'admets par ailleurs que j'ai une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

Avant mon accident, j'ai travaillé à 80 % par choix personnel pour me livrer à des activités sportives. Ne pouvant plus faire du sport maintenant, je travaillerais à 100 %. »

Quant à l'intimé, il s'est déclaré disposé à réévaluer la situation au sujet des mesures d'ordre professionnel, raison pour laquelle un délai au 25 septembre 2017 lui a été imparti pour se déterminer sur ce point.

28. Le 5 septembre 2017, la SUVA a fait parvenir à la chambre de céans le rapport du 21 août 2017 de la CRR. Celle-ci a constaté que le recourant souffrait, outre des gonalgies droites chroniques, d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif. Sur le plan orthopédique, il a été expliqué au recourant qu'il était actuellement trop tôt pour enlever la plaque externe du genou et qu'il n'y avait en principe pas de risque. Au vu du risque d'arthrose, un contrôle radiologique était à prévoir à intervalle de deux-trois ans et l'ablation de la plaque devait se discuter en temps voulu pour faciliter une éventuelle future arthroplastie du genou. Sur le plan psychiatrique, le recourant était connu pour un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsif et prenait un traitement neuroleptique. L'évolution subjective et objective sur le plan somatique était favorable avec une amélioration de la force aux différents bilans, ainsi que de la stabilité statique et dynamique. La participation aux thérapies a été considérée comme élevée et aucune incohérence n'a été relevée. Le recourant surestimait le niveau de ses aptitudes fonctionnelles et avait la volonté de donner le maximum. Toutefois, provisoirement, il y avait des limitations fonctionnelles pour le port répété de charges supérieures à 25 kg et le maintien d'une position accroupie prolongée. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, dès lors qu'on pouvait encore s'attendre à une amélioration de la force et de l'endurance au vu des améliorations constatées durant le séjour. Une stabilisation médicale était attendue à un an de la dernière intervention. La poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait permettre d'améliorer la force, l'endurance et la coordination des membres inférieurs. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, en lien avec l'atteinte du genou droit et des limitations fonctionnelles. La réinsertion dans une activité adaptée était limitée par des facteurs psychologiques pouvant parfois amener le recourant à des difficultés dans la gestion des émotions. Toutefois, celui-ci paraissait motivé à retrouver une activité.
29. Dans son avis médical du 21 septembre 2017, le docteur I_____ du SMR a considéré que les médecins de la CRR confirmaient les conclusions du SMR. Quant à la date du début de la capacité de travail, on ne disposait d'aucun argument permettant de s'écarter de l'évaluation du SMR en avril 2017.
30. Dans ses écritures du 11 octobre 2017, l'intimé s'est rallié aux conclusions de l'avis du SMR précité, tout en relevant que les hospitalisations n'avaient justifié que des incapacités de travail non durables. Cela étant, il a conclu à ce que la capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée dès le mois de mai 2016 fût confirmée et que le dossier lui fût renvoyé pour examen du droit à des mesures d'ordre professionnel et nouvelle décision sur ce point.
31. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Le litige porte sur le droit du recourant, à la date de la décision litigieuse du 6 mars 2017, à une rente d'invalidité au-delà de juillet 2016 et le droit aux mesures d'ordre professionnel.
4. L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif -, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201; ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 consid. 4.1 et les références).
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.
7. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui

peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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

8. 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. Par ailleurs, l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable.
9.
 - a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
 - 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).
 - c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport du Dr C_____ du 6 mai 2016 pour admettre une amélioration de l'état de santé dès cette date et le recouvrement d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Toutefois, il a échappé au SMR que le recourant n'a plus consulté le Dr C_____ depuis le 7 mai 2015 et que ce médecin s'est en fait prononcé sur la base du dernier examen médical à cette dernière date. Cela ressort également du fait qu'il s'est référé à une radiographie de contrôle post-opératoire à six mois, laquelle était parfaite. Ce faisant, ce chirurgien s'est référé manifestement à l'opération du 3 novembre 2014 et non pas à celle du 3 mars 2016 par le Dr E_____. Partant, le Dr C_____, qui ne suivait plus le recourant depuis une année à la date de son rapport de mai 2016, ne pouvait en réalité pas se prononcer sur l'état de santé de celui-ci.

Il ressort au contraire du rapport du 13 mai 2016 du chirurgien qui a opéré le recourant en mars de la même année que celui-ci souffrait de douleurs et subissait une diminution du rendement. Par ailleurs, l'option d'une ostéotomie de valgisation était toujours prise en considération. Du rapport d'entretien du 17 juin 2016 entre la SUVA et le recourant résulte que les suites post-opératoires de la dernière intervention étaient marquées par des douleurs constantes et des limitations fonctionnelles de la jambe. L'intervention n'avait pas apporté le résultat que l'assuré espérait et la situation restait inchangée. L'ostéotomie envisagée était reportée pour la fin du mois d'août 2016.

Cette intervention a finalement eu lieu le 15 décembre 2016. Selon le rapport du 30 mai 2017 du Dr E_____, l'évolution de cette opération a été tout à fait favorable et il était prévu que le recourant soit réintégré à 100 % dans une activité professionnelle dès le 23 mai 2017, à condition qu'il s'agisse d'une activité dépourvue de positions statique et debout, de port de charges, de travail en terrain irrégulier, de montées et descentes d'échelles et d'échafaudages, ainsi que

d'escaliers itératives, ainsi que de la position accroupie et à genoux. Dans une activité sédentaire, il pourrait être envisageable à long terme qu'il travaille à 100 %. Les douleurs étaient la cause d'une diminution de rendement, mais il était actuellement trop tôt pour se prononcer sur le long terme, la situation étant encore précoce. Elle devrait se stabiliser aux environs d'une année après l'intervention chirurgicale. Dans son courrier du 14 juin 2017, le Dr D_____ de la SUVA fait savoir à l'intimé qu'il partage l'avis du Dr E_____.

Récemment, soit du 4 juillet au 9 août 2017 et donc pendant plus d'un mois, le recourant a séjourné à la CRR.

Il résulte de ce qui précède qu'à la date de la décision litigieuse du 6 mars 2017, l'état de santé du recourant n'était manifestement pas stabilisé, dès lors qu'il a fait l'objet encore d'une opération en date du 15 décembre 2016 et que, selon le chirurgien, une réadaptation professionnelle ne peut être envisagée qu'à partir du 23 mai 2017. De surcroît, le recourant a dû encore s'absenter pour un séjour de plusieurs semaines à la CRR en juillet-août 2017. Au demeurant, les médecins de cette clinique ont considéré que l'état n'était toujours pas stabilisé.

Or, la reprise d'une activité professionnelle, du moins dans une nouvelle profession, présuppose une certaine stabilisation de l'état de santé, dès lors qu'il ne peut être imposé à un nouvel employeur de libérer son employé fréquemment pour des traitements médicaux. Les chances de se réinsérer dans le marché du travail paraissent ainsi nulles avant une certaine stabilisation (ATAS/784/2016 consid. 11 p. 13). Partant, il ne peut être considéré qu'il est exigible qu'un assuré reprenne une nouvelle activité professionnelle tant que des traitements, entraînant une incapacité de travail, et séjours hospitaliers sont en cours ou à prévoir à relative brève échéance.

Cela étant, il convient de constater qu'à la date de la décision litigieuse, la capacité de travail du recourant, même dans une activité adaptée, était toujours nulle.

Dès lors que l'objet du litige est limité par la date de cette décision, il n'y a pas lieu de se prononcer sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail par la suite.

Ainsi, il n'était pas exigible que le recourant reprenne une activité adaptée dès mai 2016 ni au moment de la date de la décision querellée du 6 mars 2017, si bien qu'il appert que l'intimé a supprimé à tort la rente d'invalidité dès août 2016. Une amélioration notable avec une stabilisation suffisante ne pouvant être admise en mars 2017, le recourant a droit à une rente entière sans interruption dès septembre 2015.

Il appartiendra évidemment à l'intimé de procéder cas échéant à une révision, dès qu'il estimera que l'état de santé du recourant s'est amélioré et qu'il est relativement stabilisé.

12. En ce qui concerne les mesures d'ordre professionnel, l'intimé est prêt à réexaminer cette question, si bien qu'il y a lieu de lui renvoyer la cause pour ce faire.

Il est à cet égard à rappeler, qu'en présence d'un assuré en début de carrière professionnelle et pour lequel les activités adaptées envisagées (sans mesure de réadaptation) relèvent de travaux ne requérant pas de formation ou connaissances particulières, le droit aux mesures de reclassement dans une nouvelle profession ne saurait être subordonné à la limite des 20%. En effet, l'équivalence approximative des possibilités de gain offertes par l'ancienne activité et par la nouvelle ne saurait être réalisée à long terme que si les deux formations ont, elles aussi, une valeur approximativement comparable (ATF 124 V 108 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_704/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.1 et les références). Or, selon l'expérience générale de la vie, l'évolution des salaires des personnes avec ou sans formation professionnelle n'est pas la même. L'expérience montre en particulier que dans un grand nombre de catégories professionnelles, le salaire initial des personnes ayant terminé leur apprentissage n'est pas supérieur, ou ne l'est pas de manière significative, aux rémunérations offertes sur le marché du travail pour des activités n'impliquant pas de formation particulière, tandis qu'il progresse d'autant plus rapidement par la suite (ATF 124 V 108 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_262/2016 du 30 août 2016 consid. 5.2). Or, en l'occurrence, le recourant n'avait que 33 ans au moment de l'accident.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 6 mars 2017 annulée. Le recourant sera par ailleurs mis au bénéfice d'une rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2015. Pour le surplus, la cause sera renvoyée à l'intimé pour réexamen du droit aux mesures professionnelles et, ceci-fait, nouvelle décision.
14. Dès lors que l'intimé succombe, l'émolument de justice, fixé à CHF 200.-, sera mis à sa charge.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 6 mars 2017.
4. Octroie au recourant une rente d'invalidité entière dès septembre 2015.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour réexamen du droit aux mesures d'ordre professionnel et, ceci-fait, nouvelle décision sur ce point.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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