RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/159/2021 **ATAS/636/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 juin 2021

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à ONEX recourant

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____1985, jardinier de profession, a déposé en date du 27 avril 2017 une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), motivée par une atteinte à l'épaule droite.

   Un premier traumatisme était survenu en mai 2015 (luxation acromio-claviculaire de stade V) suite à un accident de la circulation.

   Cette même épaule avait souffert lors d'un second accident, en octobre 2016 (en déchargeant une camionnette, l'assuré avait fait un mouvement brusque et chuté, ce qui avait eu pour conséquence un œdème osseux post-traumatique avec une petite lésion partielle du tendon du sus-épineux, sans instabilité), puis d'un troisième, en mars 2017 (l'assuré avait rechuté sur son épaule droite lors d'un accident domestique).

2. Cette demande a été rejetée par décision du 4 décembre 2017, au motif que, si l'incapacité de travail avait été totale du 14 octobre 2016 au 9 juillet 2017, au-delà de cette date, l'assuré avait pu reprendre son travail à plein temps.

3. Le 3 juin 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, suite à un nouvel accident, survenu le 8 août 2018 : alors qu'il travaillait à la confection de faux-plafonds, il s'était pris une violente décharge électrique au niveau du bras gauche, qui l'avait projeté au sol, où il était resté inconscient durant quelques secondes. Depuis lors, il se plaignait de fourmillements, de tendinites à répétition et d'un nerf douloureux dans le bras gauche.

4. Ont été versés au dossier, notamment :

   - un rapport d'imagerie du 3 octobre 2018 indiquant que le nerf médian du coude gauche ne montrait pas d'altération significative ; au niveau de l'avant-bras, les nerfs étaient également d'aspect normal, sans anomalie de la structure interne, ni atteinte des tissus mous ;

   - une électroneuromyographie (ENMG) du 19 février 2019 - pratiquée en raison de la persistance de paresthésies dans le territoire ulnaire, mais aussi sur la face interne de l'avant-bras, avec diminution de force en amélioration, mais sans récupération complète et une exacerbation des paresthésies durant la nuit -, concluant à un examen normal, sans atteinte du nerf ulnaire gauche, et évoquant la possibilité que les troubles sensitifs soient en relation avec une irritation du nerf ulnaire gauche non lésionnelle ;

   - un rapport d'examen du médecin d'arrondissement de la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) du 15 mai 2019, constatant à la palpation que

toute la région de l'épicondyle était sensible, voire même douloureuse au moindre effleurement et préconisant une intervention chirurgicale ;

- un rapport du 12 juin 2019 du docteur B_____, spécialiste en médecine générale, faisant état d'une parésie du nerf ulnaire gauche depuis mai 2019, attestant d'une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle mais d'une capacité totalement préservée dans une activité adaptée ;
- un rapport du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, du 16 juillet 2019, concluant à des paresthésies dans le territoire du nerf ulnaire gauche avec parésie des tendons fléchisseurs profonds des 5ème et 4ème rayons et suggérant une transposition du nerf ulnaire au coude gauche ; l'atteinte se traduisait par un manque de force au serrage des 4ème et 5ème doigts ayant un impact sur la capacité de travail s'agissant des travaux de force ; le médecin concluait à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis le 9 août 2018, mais à une capacité de travail entièrement préservée dans une activité adaptée depuis qu'il suivait l'intéressé, c'est-à-dire depuis le 16 avril 2019 ;
- une ENMG du 19 septembre 2019 décrivant une situation normale au niveau du nerf ulnaire gauche, sans atteinte axonale ou myélinique ; les troubles sensitifs étaient possiblement en lien avec une irritation du nerf ulnaire gauche non lésionnelle qui pourrait éventuellement être améliorée par une chirurgie ; il n'y avait ni altération significative, ni anomalie de la structure au niveau de l'avant-bras gauche ; la faiblesse du membre supérieur gauche ne s'expliquait pas par une instabilité, mais plutôt par une forte appréhension de la douleur ;
- une note de la SUVA dont il ressortait que le salaire annuel moyen de l'assuré se serait élevé à CHF 56'669.60 en 2018, 2019 et 2020 ;
- un bref rapport du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, de novembre 2019, concluant à une épitrochléite avec compression du nerf cubital au coude gauche et persistance de paresthésies et évoquant une stabilisation dans un laps de temps de quatre à six mois ;
- le rapport opératoire du Dr D_____ du 8 janvier 2020 suite à la décompression et à la neurolyse du nerf médian au canal carpien gauche, à l'ostéotomie du condyle interne du coude gauche et à la semi-transposition antérieure du nerf cubital ;
- un bref rapport du Dr D_____ du 21 février 2020 évoquant une lente récupération et une possible stabilisation fin avril tout en réservant son pronostic quant à la reprise du travail habituel d'horticulteur ;
- un avis du Service médical régional (SMR) du 24 avril 2020 notant que le médecin traitant et le chirurgien attestaient d'une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis le 9 août 2018 (le Dr C_____ dans un rapport du 16 juillet 2019 et le Dr B_____ dans un rapport du 12 juin 2019), mais d'une capacité entière dans une activité adaptée depuis le 16 avril 2019, que l'assuré avait été opéré le 8 janvier 2020, que selon le chirurgien et le médecin d'arrondissement de la SUVA, l'état de santé ne

serait pas stabilisé avant fin avril 2020 et estimant que, dans une activité adaptée évitant tout travail de force du membre supérieur gauche, la capacité de travail était entière depuis le 16 avril 2019 ; en revanche, il était prématuré de se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, la situation étant susceptible d'évoluer jusqu'à fin avril 2020 ;

- un rapport d'examen du médecin d'arrondissement de la SUVA du 27 mai 2020 notant que la force restait diminuée, mais que l'on pouvait s'attendre à une récupération de la capacité de travail à 100% sans limitation de rendement dans un délai de deux mois ;
- un bref rapport du Dr D_____ du 8 juin 2020 indiquant que l'évolution était lente, que son patient manquait de force et était limité dans l'extension du coude, que l'incapacité de travail était de 0%, mais qu'un changement de profession était nécessaire ;
- une ENMG du 9 juillet 2020 normale du nerf ulnaire gauche avec une amélioration de la symptomatologie sensitive suite à la chirurgie ;
- un rapport du Dr D_____ de juillet 2020 indiquant qu'il restait encore quelques troubles sensitifs mineurs, que le traitement était terminé et prévoyant une reprise du travail à 100% le 3 août 2020 ;
- un nouveau rapport du Dr D_____ du 31 août 2020 confirmant que l'évolution neurologique avait été lentement améliorée, que la dernière ENMG était presque normale, que cliniquement, persistaient de très discrets troubles sensitifs sur le territoire du nerf cubital, que le traitement était en principe terminé, que le pronostic était favorable, mais qu'il pourrait rester éventuellement une petite atteinte à l'intégrité ; il n'y avait aucune incapacité de travail depuis le 3 août 2020 ;
- une comparaison du revenu avant invalidité (CHF 56'670.-) à celui réalisable après invalidité (CHF 68'336.- ; Enquête suisse sur la structure des salaires 2018 TA1_tirage_skill_level = 5'417.- CHF/mois pour 40 h./sem. = 5'647.- CHF/mois pour 41,7 h./sem. = CHF 67'767.- en 2018) ;
- un nouvel avis du SMR du 16 octobre 2020, notant que l'évolution après l'intervention avait été favorable, sans limitations fonctionnelles résiduelles hormis de très discrets troubles sensitifs sur le territoire du nerf cubital gauche ne justifiant plus d'incapacité de travail puisque le Dr D_____ avait attesté d'une reprise à 100% depuis le 3 août 2020, capacité confirmée par le médecin d'arrondissement de la SUVA ; l'incapacité de travail avait donc été de 100% du 9 août 2018 au 3 août 2020 ; elle avait en revanche été pleinement recouvrée dans une activité adaptée depuis le 16 avril 2019.

5. Par décision du 30 novembre 2020, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

   S'il avait certes été dans l'incapacité totale d'exercer son activité habituelle du 9 août 2018 au 2 août 2020, l'assuré avait toutefois recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé depuis le 16 avril 2019.

Comparant le revenu que l'assuré aurait réalisé sans atteinte à sa santé (CHF 56'670.-) à celui qu'il aurait pu obtenir malgré celle-ci (CHF 68'336.-), l'OAI en a tiré la conclusion qu'il n'y avait aucune perte de gain.

6. Par écriture du 14 janvier 2021, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

   Il allègue qu'il n'a retrouvé ni ses sensations, ni sa mobilité et s'estime dès lors incapable de travailler car il ne peut rien porter ni tenir.

   Il argue que ni l'assureur-accidents, ni le Dr D_____ ne lui ont indiqué qu'il pouvait exercer une activité autre que celle d'horticulteur-paysagiste et que cela ne pourra se faire sans préjudice moral, physique, psychologique et financier.

7. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 23 février 2021, a conclu au rejet du recours.

   L'intimé relève que selon le Dr D_____, l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail en août 2020 (cf. rapport du 31 août 2020) et que la SUVA est parvenue aux mêmes conclusions.

   Dès lors qu'aucun élément objectif ne permet de modifier cette appréciation, l'intimé persiste dans sa position.

8. Le 18 mai 2021, la SUVA a rendu une décision aux termes de laquelle elle a considéré que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'étaient pas réunies. En effet, il n'y avait pas eu diminution notable de la capacité de gain suite à l'accident. L'assuré pouvait selon elle exercer une activité adaptée lui permettant de réaliser un revenu annuel de CHF 68'828.- supérieur au revenu avant accident (CHF 58'086.-)

9. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 3 juin 2021 à la demande du recourant.

   Celui-ci a rappelé avoir été opéré en janvier 2020. Il a souligné aimer énormément son travail et ne pas se voir travailler en dehors du paysagisme.

   Il a allégué que si son médecin traitant l'a déclaré apte à travailler à partir d'août 2020, c'est à sa demande, parce qu'il souhaitait reprendre son activité.

   Il s'est cependant avéré qu'avec l'épidémie de coronavirus, retrouver un poste était très difficile. Il a donc émargé à l'assurance chômage jusqu'à ce qu'il arrive en fin de droit.

   Durant cette période d'inactivité, son état s'est aggravé : son épaule et sa clavicule gauches se sont engourdies et désensibilisées à force de compenser.

   C'est la raison pour laquelle l'assuré est retourné consulter son médecin traitant mi-janvier 2021. Finalement, le 14 avril 2021, son médecin lui a délivré un « arrêt de travail rétroactif » à 100% du 3 août 2020 au 6 juillet 2021.

   Par ailleurs, le 18 mai 2021, la SUVA a statué sur son droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Arrivant à la constatation que les

séquelles de l'accident ne l'empêcheraient pas d'exercer à plein temps une activité n'impliquant ni l'utilisation en force du membre supérieur gauche, ni le port de charges de 10 kg, l'assureur-accidents lui a nié le droit à toute prestation.

Le recourant a également allégué avoir passé récemment des électroneuromyographies (ENMG) démontrant une aggravation de son état.

Ce à quoi l'intimé a répondu que la dernière ENMG figurant au dossier datait du 9 juillet 2020, qu'elle avait été jointe au rapport du Dr D_____ du 31 août 2020 et qu'elle faisait au contraire état d'une amélioration de la situation.

Le recourant a contesté toute amélioration, évoquant à nouveau une perte de sensibilité. Selon lui, c'est à sa propre demande que son médecin aurait dressé un portrait de la situation favorable.

Le recourant a fait part à la Cour des conclusions de la dernière ENMG du 28 janvier 2021 rédigées en ces termes :

« Examen neuromyographique du nerf ulnaire gauche normal, sans élément pour une neuropathie lésionnelle. Il persiste cependant des éléments cliniques pour une neuropathie irritative du nerf ulnaire gauche malgré la prise en charge chirurgicale. La question est posée de l'intérêt d'un contrôle échographique pour vérifier s'il y aurait un élément de fibrose. La reprise de la physiothérapie pourrait être également bénéfique. »

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable. (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité suite à l'atteinte causée par l'accident du 8 août 2018, plus particulièrement sur son degré d'invalidité à l'issue du délai de carence d'une année, en août 2019.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

7. 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.

   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. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

   Selon le principe de 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 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).

9. 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).

   Taux d'activité lucrative à temps partiel (ATF 142 V 290 consid. 7).

10. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

    La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

    Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

    Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant

s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la

version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

11. En l'espèce, l'intimé a nié à l'assuré le droit à des prestations au motif que depuis avril 2019, soit avant l'issue du délai de carence d'une année, il avait recouvré une pleine capacité de gain dans une activité adaptée qui lui aurait permis de réaliser un revenu au moins égal voire supérieur à celui obtenu auparavant.

    Le recourant allègue pour sa part qu'il n'a pas retrouvé toutes ses sensations, ni son entière mobilité, de sorte qu'il ne peut rien porter ou tenir. Il ne se voit en outre pas travailler dans un autre domaine que le sien. Enfin, il argue que si le Dr D_____ a attesté d'une reprise du travail possible, c'est à sa demande expresse.

    Il ressort des documents versés au dossier qu'effectivement, non seulement le Dr D_____, mais également le Dr B_____ ont attesté, en juin et juillet 2019, soit avant l'issue du délai d'une année, que leur patient avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant pas de travail de force, ce que le recourant ne conteste au demeurant pas réellement. Il argue plutôt que son état se serait par la suite péjoré, après la fin de son droit à l'indemnité de chômage, suite à son inactivité, ce que démentent les rapports d'ENMG, qui évoquent plutôt l'absence de lésion visible et une amélioration de la symptomatologie sensitive suite à la chirurgie.

    En l'absence de tout élément médical objectif venant contredire les rapports et évaluations versées au dossier, la thèse du recourant ne saurait dès lors être suivie. L'« arrêt de travail rétroactif » délivré par le Dr D_____ en avril 2021 avec effet au 3 août 2020 ne saurait revêtir la moindre valeur probante dès lors qu'il a été rédigé plusieurs mois a posteriori, qu'il contredit les indications données précédemment et qu'il n'est aucunement motivé.

    Quant au fait que l'intéressé ne se verrait pas exercer une autre profession que la sienne, il convient de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut dès lors pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

    Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et le recourant condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1bis LAI).

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
Marie-Catherine SÉCHAUD	Karine STECK

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