RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2500/2021 **ATAS/560/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 juin 2022

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____ [GE]

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en mai 1964, a exercé la profession de monteur-électricien, d'employé de bureau, de mécanicien de précision, d'employé d'intendance, puis a travaillé à compter de 1990 comme employé communal de la Commune de B_____, d'abord chargé de l'entretien des parcs et promenades, puis comme chauffeur de balayeuse et, en dernier lieu, dès 1995, comme concierge responsable de la salle des fêtes.

b. En juillet 2010, suite à un accident avec polytraumatisme, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), qui l'a rejetée par décision du 25 octobre 2011, vu l'absence d'atteinte à la santé durable.

c. En avril 2016, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations, motivée par un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, et un trouble mixte de la personnalité dépendant et évitant, qui ont conduit l'OAI à reconnaître à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité du 1er octobre 2016 au 31 janvier 2017, puis à un quart de rente du 1er février 2017 au 30 septembre 2018. Une incapacité de travail a été admise dès avril 2015, une capacité de travail de 50% dès octobre 2016, puis de 60% dès février 2017. Dès le 13 septembre 2018, l'assuré avait pu reprendre son activité professionnelle à plein temps, sans baisse de rendement (cf. décision du 27 mai 2019).

d. En mai 2019, l'assuré a redéposé une demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant être en arrêt maladie depuis le 9 février 2019, suite à une rupture d'anévrisme.

e. Ont été notamment recueillis au cours de l'instruction :

- le dossier intégral de C_____, assureur perte de gain ;
- de nombreux certificats et rapports médicaux ;
- un avis du service médical régional (ci-après : SMR) du 29 juillet 2020, relatant que l'assuré est en incapacité de travail depuis le 9 février 2019 pour une rupture d'anévrisme opérée en urgence suivie d'un syndrome des loges de la jambe droite avec nécrose des muscles de la loge antérolatérale ; le docteur D_____, cardiologue, avait retenu les diagnostics de dissection aortique de type A avec nombreuses complications, status post-bioprothèse, status post remplacement de l'aorte ascendante et de l'hémi-arche aortique, status post dissection aortique, status post probable accident vasculaire cérébral, status post syndrome des loges de la jambe droite, status post infection cutanée de la cicatrice de la jambe, status post collection de liquides au niveau de la jambe et état dépressif réactionnel ; le cardiologue décrivait des difficultés à se déplacer du fait du syndrome des loges de la jambe droite ; il soulignait la nécessité de ne plus faire aucun effort ; selon lui, la capacité de travail était

nulle dans l'activité habituelle, mais possible dans une activité adaptée de type sédentaire, assise, sans déplacement, ni port de charges ; la doctoresse E_____, médecin traitant, concluait pour sa part à des séquelles de type pied tombant ; elle préconisait de se déplacer à l'aide d'une canne et le port d'une attelle à droite et évaluait la capacité de son patient à exercer une activité adaptée à 30% - 80% ; le SMR notait enfin que l'assuré restait sous traitement antidépresseur, sans suivi psychiatrique ; une expertise psychiatrique était envisagée par l'assureur perte de gain, dont le SMR préconisait d'attendre les conclusions ;

- les conclusions de l'expertise psychiatrique rendue le 28 septembre 2020 par le docteur F_____ à l'assureur perte de gain, concluant à un probable trouble mixte de la personnalité non décompensé et à l'absence de tout motif psychiatrique qui justifierait une quelconque incapacité de travail ; selon l'expert, l'intéressé restait parfaitement capable de suivre une réadaptation, si celle-ci s'avérait nécessaire ;

- un nouvel avis du SMR du 28 octobre 2020, prenant acte des conclusions de l'expert psychiatre et relevant qu'au niveau somatique, la doctoresse G_____, médecin interne en chirurgie orthopédique aux HUG, mentionnait un pied tombant suite au syndrome des loges de la jambe droite, avec un état stabilisé ; le pied tombant était soulagé par le port d'une attelle ; la Dresse G_____ retenait à titre de limitations fonctionnelles l'interdiction d'une marche prolongée et concluait à une capacité de travail de 30% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée ; en conséquence de quoi, le SMR retenait, dès le 16 octobre 2020, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'épargner le membre inférieur droit ; il estimait en revanche que l'activité habituelle de manœuvre polyvalent à la Commune n'était plus exigible, car incompatible avec les limitations fonctionnelles ;

- une note de travail du 6 novembre 2020, suite à un entretien du service de réadaptation de l'OAI avec l'employeur de l'assuré et ce dernier, indiquant que l'employeur considérait, au vu des limitations fonctionnelles, qu'il n'était pas envisageable de permettre à l'assuré de reprendre son poste ; selon l'employeur, il n'existait pas de poste sédentaire disponible ; l'assuré avait pour sa part exprimé son désaccord avec les limitations fonctionnelles retenues, expliquant que son cardiologue n'avait pas compris en quoi consistait son activité ; l'OAI avait tenté de lui expliquer l'opportunité d'une orientation professionnelle, voire d'un reclassement, mais l'assuré était resté focalisé sur les limitations fonctionnelles, qu'il trouvait infondées ; un délai au 1er décembre lui avait finalement été octroyé pour faire part à l'OAI de sa décision finale concernant d'éventuelles mesures de réadaptation ;

- un courriel de l'assuré du 11 novembre 2020, indiquant qu'il n'était pas en état de prendre une décision, car il souhaitait demander une contre-expertise portant sur ses limitations professionnelles ;
- un courrier adressé à l'AI le 10 décembre 2020 par le docteur H_____, des HUG, expliquant avoir reçu en consultation l'assuré, rappelant que celui-ci était au bénéfice de chaussures montantes et marchait quasiment sans boiterie, qu'il n'était quasiment pas gêné par les séquelles du syndrome des loges, qu'il marchait sans limitation de périmètre, qu'il pouvait se baisser, monter et descendre des escaliers, que la station debout prolongée, la marche en terrain irrégulier, le travail en hauteur, le port de charges lourdes, la marche prolongée, la position accroupie et agenouillée étaient possibles pour lui et qu'il pouvait donc reprendre son travail dans la conciergerie à 100%, au vu des séquelles mineures liées au syndrome des loges ;
- un courriel de l'assuré du 18 janvier 2021, indiquant qu'il avait été entendu par le conseil administratif de la Commune de B_____ qui avait renoncé à le licencier et qu'il souhaitait accepter la réadaptation ;
- un avis du SMR du 3 février 2021, prenant acte des conclusions du Dr H_____ et notant qu'en outre, en date du 6 décembre 2020, le docteur I_____, médecin adjoint agrégé en chirurgie cardiovasculaire aux HUG, avait confirmé l'absence de contre-indications pour un retour au travail d'un point de vue cardiovasculaire ; compte tenu de ces nouveaux éléments, le SMR retenait une capacité de travail de 100% dans la conciergerie dès décembre 2020 ;
- une note de la division de réadaptation professionnelle du 4 février 2021, considérant que, puisque la capacité de travail avait été recouvrée pleinement dans l'activité habituelle, il convenait de mettre un terme au mandat de réadaptation ;

f. Par décision du 28 mai 2021, l'employeur de l'assuré l'a licencié avec effet au 31 août 2021.

Dans ce document, l'employeur considère ne pouvoir réinsérer l'employé en son sein. Il estime ne pouvoir ni le réintégrer dans son équipe précédente au poste qu'il occupait, ni lui proposer un autre emploi au taux de 100% qui correspond à sa capacité de travail selon l'OAI ou à un autre taux, qui n'impliquerait ni travail en équipe, ni contact avec les usagers, vu les difficultés précédentes vécues au sein de ses différentes affectations.

L'employeur rappelle avoir tenté de nombreuses affectations différentes et proposé de multiples mesures de soutien. Aucun des différents postes proposés n'a permis de trouver une solution satisfaisante et acceptable au vu des difficultés de stabilité et d'orientation, de rentabilité, de respect des horaires et, dans une moindre mesure, de qualité relationnelle.

L'employeur en tire la conclusion que la poursuite des rapports de travail n'est plus compatible avec le bon fonctionnement de l'administration.

Il note encore qu'après avoir produit des certificats médicaux attestant d'une pleine et entière capacité de travail dès décembre 2020, l'employé a présenté de nouveaux certificats d'incapacité à 100% dès la mi-février 2021 et à 50% dès le début du mois de mai 2021.

B. **a.** Par décision 25 juin 2021, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps à la période du 1er février 2020 au 31 janvier 2021.

L'OAI a considéré que si l'assuré avait été dans l'incapacité totale de travailler à compter du 9 février 2019, il avait recouvré, dans un poste adapté à son état de santé, une pleine capacité de travail depuis le 16 octobre 2020.

Comparant dès lors le revenu avant invalidité (CHF 95'537.-) à celui exigible de l'intéressé depuis l'amélioration de son état de santé (CHF 61'503-), l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 36% et mis fin au versement de la rente avec effet trois mois plus tard, soit le 31 janvier 2021, d'autant qu'à compter de décembre 2020, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail à son poste habituel.

b. Par écriture du 22 juillet 2021, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

En substance, il demande à pouvoir reprendre son activité habituelle à 50% et à être mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité pour le surplus.

À l'appui de son recours, l'assuré produit un bref certificat médical rédigé le 19 octobre 2020 par la Dresse E_____, attestant qu'il est autorisé à reprendre le travail à 30% dès le 1er novembre 2020 et qu'il existe une limitation de port de charges, ainsi qu'un second certificat médical du même médecin pour un arrêt de travail à 50% du 3 au 31 mai 2021 inclus, sans autre précision.

c. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 9 août 2021, a conclu au rejet du recours.

L'intimé rappelle que le juge ne peut se fonder simplement sur le travail que l'assuré s'estime lui-même capable de fournir et que l'intéressé est tenu de donner la priorité à une activité lucrative adéquate lui permettant de valoriser au maximum sa capacité de travail résiduelle.

En l'occurrence, l'assuré a été suivi par le service de réadaptation, du rapport duquel il ressort qu'il ne présente pas d'aptitude subjective à la mise en place de mesures professionnelles (rapport du 4 février 2021).

d. Par écriture du 3 septembre 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions en reprenant les arguments déjà développés. Il répète que son but est de reprendre son ancien poste à 50%. Pour le surplus, il admet avoir été « un peu réticent à l'idée de faire une réadaptation », mais affirme qu'il l'aurait tout de même acceptée.

e. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 11 novembre 2021.

Le recourant a allégué avoir été réticent, mais pas totalement opposé à une réadaptation. Il a expliqué qu'il souhaitait absolument reprendre son ancien poste, d'abord à temps partiel, puis à un taux plus élevé. Il a allégué que les médecins des HUG étaient revenus par la suite sur leur évaluation de sa capacité de travail.

L'intimé a expliqué pour sa part avoir tenu compte de l'atteinte cardiologique, qui a justifié une totale incapacité dans toute activité durant un temps limité. Il a souligné n'avoir aucun moyen d'obliger l'employeur à reprendre l'assuré à son ancien poste.

Bien que le degré d'invalidité dépasse 20%, un reclassement n'a pas été envisagé au vu du large éventail d'activités disponibles. Quant à l'aide au placement, l'assuré en bénéficie déjà par le biais de l'assurance-chômage.

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. Toutefois, dans la mesure où le recours était alors déjà pendant devant la Cour de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit aux prestations du recourant au-delà du 31 janvier 2021.

6. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité,

et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2)

7. 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).

8. 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.

9. 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).

10. 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)

11. 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).

12. 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).

13. 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).

14. 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 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, 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 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). 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).

15. En l'espèce, le recourant conclut à l'octroi d'une demi-rente.

Cela étant, il ne conteste pas les conclusions unanimes des différents médecins s'étant exprimés qui, tous, lui reconnaissent désormais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Aucun document médical versé au dossier ne permet d'ailleurs d'en douter.

Le recourant fait valoir qu'il aurait préféré être réintégré dans son ancien poste, cas échéant à temps partiel. C'est le lieu de rappeler l'obligation qui incombe à 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). Pour le surplus, on notera que ni l'OAI, ni la Cour de céans

ne sont compétents pour obliger l'employeur à réintégrer l'assuré à son ancien poste.

Dans la mesure où il n'est ni contesté, ni contestable que l'assuré a recouvré, dès octobre 2020, une pleine capacité à exercer une activité adaptée, c'est-à-dire sédentaire et n'impliquant pas de port de charges, c'est à juste titre que l'intimé a procédé à une comparaison des gains en se basant sur le revenu qu'aurait pu réaliser l'assuré en exerçant un tel poste selon les statistiques. Le calcul auquel s'est livré l'intimé à cet égard n'apparaît pas critiquable, étant rappelé qu'il a au surplus appliqué une réduction de 10% au revenu après invalidité.

Le degré d'invalidité de 36% ainsi obtenu n'est pas suffisant pour ouvrir droit à une rente, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a mis fin au versement de celle-ci trois mois après l'amélioration constatée. Le recourant ne peut dès lors prétendre à l'octroi d'une demi-rente, ni même d'un quart de rente au-delà du 31 janvier 2021.

Ce degré d'invalidité est en revanche suffisant pour ouvrir droit à d'éventuelles mesures de réadaptation, sous forme d'orientation professionnelle ou de reclassement, par exemple. Cependant, selon le rapport du Dr H_____, il apparaît qu'à compter de décembre 2020, l'assuré a également recouvré une pleine capacité à exercer son activité habituelle, réduisant ainsi le degré d'invalidité à 0% et excluant tout droit à une mesure de réadaptation professionnelle.

Le recourant s'insurge de ce que le médecin ait « osé » se prononcer sur sa capacité de travail, arguant qu'il n'avait pas à le faire. C'est oublier que c'est précisément la tâche du médecin que de se prononcer sur ce point. La position du recourant apparaît d'ailleurs pour le moins incohérente, puisqu'il confirme ne rencontrer aucune limitation fonctionnelle autre que la limitation du port de charges, dont il a lui-même insisté pour expliquer que cela n'était pas requis dans l'exercice de son activité. Certes, le Dr H_____ a par la suite émis un certificat rigoureusement identique au précédent (hormis qu'il ne se prononçait plus sur la capacité de son patient à exercer son activité habituelle). Il l'a toutefois fait sans aucune justification – vraisemblablement à la demande de l'intéressé – et il en ressort toujours que celui-ci ne rencontre que de minimes limitations fonctionnelles, ce dont on peut légitimement conclure que sa capacité à exercer son activité habituelle est totalement préservée. Comme déjà précédemment souligné, peu importe ce que le recourant estime être ou non capable de faire et le taux qu'il souhaite occuper. Seules importent à cet égard les constatations médicales, les limitations fonctionnelles définies par les spécialistes et leur incidence sur la capacité de l'intéressé à exercer telle ou telle activité. En l'occurrence, à la lecture du rapport du Dr H_____, on retiendra que le recourant, au bénéfice de chaussures montantes, marche quasiment sans boiterie et sans limitation de périmètre, qu'il peut se baisser, monter et descendre des escaliers, que la station debout prolongée, la marche en terrain irrégulier, le travail en

hauteur, les positions accroupie et agenouillée sont possibles pour lui et qu'il ne souffre que de séquelles mineures liées au syndrome des loges, de sorte que rien ne s'oppose à ce qu'il exerce son activité habituelle à plein temps. Dès lors, des mesures de réadaptations professionnelles n'entrent pas en ligne de compte.

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 _____