

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2761/2016

ATAS/1044/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 13 novembre 2018**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à ONEX, comparant avec élection  
de domicile en l'étude de Maître Katarzyna KEDZIA RENQUIN

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Anny SANDMEIER, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975 en Pologne, titulaire d'un diplôme de mécanicien en automobile, est arrivé en Suisse en 2006. Après avoir travaillé dans la viticulture, il a été chauffeur-manutentionnaire dès 2008 ; il a été employé comme chauffeur de poids lourds par l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA dès le mois de janvier 2010, puis par l'entreprise C\_\_\_\_\_ Sàrl dès le mois d'avril 2012.
2. Le 30 juin 2011, l'assuré a été heurté par un véhicule alors qu'il roulait en scooter, ce qui lui a occasionné des atteintes au genou droit, à la cheville et au rachis cervical, ainsi qu'une incapacité de travail totale.
3. L'assurance-accidents a pris en charge les suites de cet événement, par le versement d'indemnités journalières et le remboursement des frais de traitement.
4. L'assuré a notamment reçu des soins en raison de cervicalgies.
5. Le 10 novembre 2011, l'assuré a subi une plastie du ligament croisé antérieur et du ménisque interne du genou droit.
6. L'assuré a été licencié avec effet au 30 novembre 2011.
7. Le 11 novembre 2013, une arthroscopie du genou droit a été effectuée.
8. Le 2 septembre 2014, l'assuré a subi une troisième intervention chirurgicale du genou droit.
9. Le 25 novembre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en invoquant une contusion, une entorse du genou droit, une rupture du ligament croisé antérieur et du ménisque interne, un arrachement du troisième cunéiforme, une entorse de l'arrière-pied, une discopathie protrusive C5-C6, des cervico-brachialgies et des dorsalgies D6-D8 du côté droit.  
  
Était joint à sa demande un certificat établi le 14 février 2014 par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, attestant qu'il devait éviter la marche prolongée, les travaux en position debout prolongée, accroupie, à genoux, ainsi que les ports de charges et les montées / descentes d'escaliers.
10. En décembre 2014, l'assurance-accidents a transmis à l'OAI son dossier médical, duquel ressortaient notamment :
  - a. un rapport établi à l'issue d'un séjour de l'assuré à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 20 mai au 11 juin 2014. Les médecins de la CRR ont retenu les diagnostics suivants : contusion du genou droit avec rupture du ligament croisé antérieur et du ménisque interne du genou droit ; arrachement au niveau du 3<sup>ème</sup> cunéiforme ; entorse de l'arrière-pied ; cervico-brachialgies droites C6-C7 et discrète discopathie protrusive focale C5-C6, sans conflit disco-radiculaire objectivable. Les douleurs costo-vertébrales et costo-sternales, bien que gênantes, ne limitaient pas la

capacité de travail. L'activité antérieure, nécessitant la position debout ainsi que des travaux de manutention lourde, était difficilement exigible et avait un impact négatif sur le fonctionnement du genou droit. Une activité de conduite pure, sans port de charges ni manutention lourde, était en revanche envisageable ;

- b. un rapport établi le 8 décembre 2014 par le Dr E\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, à la suite d'un examen de l'assuré : l'intéressé se plaignait toujours de douleurs au niveau du genou droit, de l'hémithorax droit et des masses musculaires du rachis cervical. Selon les médecins de la CRR, les douleurs thoraciques ne limitaient pas la capacité de travail. Selon le Dr E\_\_\_\_, compte tenu de l'atteinte au genou droit et de douleurs à la marche, l'ancienne activité de chauffeur de poids lourds-manutentionnaire n'était plus exigible ; en revanche, dans une activité permettant à l'assuré de travailler à sa guise en position assise ou debout, sans port de charges supérieures à 5 kg, ni déplacements dans des escaliers, ni montées d'échelles, sa capacité de travail était entière, sans baisse de rendement. S'agissant de la prise en charge du traitement, l'assuré pouvait prétendre à six consultations pendant une année auprès de son chirurgien traitant ainsi qu'à deux séances de physiothérapie pendant six mois, puis à une séance hebdomadaire pendant six mois supplémentaires afin de favoriser son retour dans le monde du travail. Un traitement antalgique voire anti-inflammatoire devait également être accepté. Enfin, en l'absence d'instabilité séquellaire à l'examen et d'arthrose dégénérative évoluée sur la dernière arthro-imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) du 6 juin 2014, il n'y avait pas matière à accorder une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
11. Invité par l'OAI à compléter un rapport, le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état, le 19 décembre 2014, de la persistance de douleurs et d'une totale incapacité de travail dans l'activité de chauffeur de poids lourds. Si l'activité était adaptée, la capacité de travail lui paraissait entière dès le 19 décembre 2014.
12. Dans un avis du 9 janvier 2015, la doctoresse F\_\_\_\_, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité antérieure depuis le 7 février 2014, mais entière dès le 21 novembre 2014 dans toute activité adaptée, permettant à l'assuré d'éviter les marches longues ou en terrain instable, les genuflexions répétées, les montées et descentes répétées d'escaliers ou d'échelles, ainsi que le port de charges lourdes.
13. Par communications des 19 janvier, 26 mars et 31 juillet 2015, l'OAI a accordé à l'assuré des mesures d'intervention précoces sous forme de cours de français et de formation, visant l'obtention d'un certificat de responsable d'immeuble.
14. Dans un rapport transmis à l'OAI le 11 décembre 2015, la doctoresse I\_\_\_\_, médecin généraliste, a relaté que l'assuré souffrait d'un état dépressif réactionnel dans le

contexte d'un mobbing, de troubles de la concentration et de crises de panique. Il convenait de réévaluer la situation en fonction du suivi psychiatrique.

15. Par décision du 20 octobre 2015, confirmée sur opposition le 8 février 2016, l'assurance-accidents a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 12 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2015 et lui a refusé tout droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

L'assuré a interjeté recours contre cette décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS).

16. Dans un rapport adressé à l'OAI le 22 février 2016, le docteur G\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, a indiqué qu'il ne constatait pas d'atteinte liée à des causes psychiques et que la symptomatologie dont avait souffert l'assuré en décembre 2015 n'avait plus été observée lors de son dernier entretien.

17. Le 3 mars 2016, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis de décision, à teneur duquel il entendait lui refuser le droit à toute prestation.

18. L'assuré s'est opposé au préavis par courrier du 29 mars 2016, en faisant notamment valoir que sa capacité de travail n'était plus que de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> février 2016.

À l'appui de ses dires, il a joint un certificat établi par le Dr D\_\_\_\_ le 29 janvier 2016, confirmant que son état de santé nécessitait qu'il travaille à 50 % dès le mois de février 2016, pour une durée indéterminée.

19. En vue de compléter son opposition, l'assuré a transmis un nouveau certificat daté du 26 avril 2016, dans lequel le Dr D\_\_\_\_ jugeait souhaitable que son patient puisse exercer à temps partiel une activité lui permettant d'éviter le port de charges et les marches prolongées.

20. Dans un avis du 14 juin 2016, la Dresse F\_\_\_\_, estimant que l'assuré n'avait pas apporté d'élément en faveur d'une modification de son état de santé par rapport à l'évaluation faite par la SUVA en 2014, a maintenu les conclusions exprimées par le SMR, selon lesquelles l'assuré était pleinement capable d'exercer une activité adaptée.

21. Par décision du 16 juin 2016, notifiée le 20 juin 2016, l'OAI a dénié à l'assuré le droit à toute prestation. Selon le SMR, l'assuré était totalement incapable d'exercer sa profession antérieure depuis le mois de février 2014, mais disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, les rapports transmis à l'appui de l'opposition ne permettaient pas de modifier l'appréciation du SMR. Il résultait de la comparaison des gains un degré d'invalidité nul, partant insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité ou à un reclassement.

22. Par acte du 19 août 2016, l'assuré a saisi la CJCAS d'un recours, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise, principalement à l'annulation de la décision du 16 juin 2016 et à l'octroi d'une

---

rente entière d'invalidité. Il avait certes été déclaré apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> mai 2015, mais subissait, depuis le 1<sup>er</sup> février 2016, une incapacité de travail à 50 %, de durée indéterminée, comme en témoignait le certificat du Dr D\_\_\_\_\_ produit à l'appui de son opposition. Cette nouvelle incapacité de travail avait été communiquée à l'OAI, lequel avait refusé d'en tenir compte, sans en justifier les raisons. En second lieu, c'était à tort que l'OAI avait fixé son revenu sans invalidité sur la base du salaire perçu auprès de C\_\_\_\_\_ Sàrl (CHF 55'200.-) ; il travaillait au moment de l'accident pour l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA, laquelle avait déclaré qu'en bonne santé, il aurait perçu en 2014 un salaire annuel de CHF 70'700.-. En troisième lieu, le revenu statistique d'invalidé retenu par l'OAI (CHF 66'130.-) lui paraissait trop élevé, étant donné qu'il ne pouvait plus exercer sa profession habituelle de chauffeur de poids lourds et que seuls des travaux « élémentaires » lui demeuraient accessibles. Enfin, il estimait que l'OAI aurait dû opérer sur son revenu d'invalidé un abattement de 25 % plutôt que 10 %, au vu de ses limitations fonctionnelles « considérables », liées à des douleurs permanentes à la jambe et au dos.

23. Dans sa réponse du 20 septembre 2016, l'intimé a requis que la cause soit suspendue jusqu'à ce que la CJCAS ait statué sur la procédure parallèle opposant le recourant à l'assurance-accidents. Sur le fond, l'intimé a conclu au rejet du recours. Faute de motivation, le certificat du Dr D\_\_\_\_\_ ne permettait pas de s'écarter des conclusions formulées à l'issue de l'examen médical de la SUVA. Par ailleurs, rien ne permettait de se distancier du revenu sans invalidité communiqué par le dernier employeur (CHF 55'200.-). Pour le reste, le revenu statistique d'invalidé retenu dans la décision attaquée correspondait à des activités simples et répétitives, donc accessibles sans formation particulière, et c'était à juste titre que l'abattement avait été fixé à 10 %. Ni l'âge de l'assuré (40 ans), ni ses années de service (2 ans), ni son permis de séjour (livret B-CE), ni ses limitations fonctionnelles ne justifiaient un taux d'abattement supérieur.
24. Par arrêt incident du 1<sup>er</sup> novembre 2016, la CJCAS a suspendu la procédure pendante en matière d'assurance-invalidité (A/2761/2016) jusqu'à droit connu dans celle concernant l'assurance-accidents (A/816/2016).
25. Par arrêt du 7 février 2017, la CJCAS a annulé la décision sur opposition rendue par la SUVA, dit que le recourant avait droit à une rente d'invalidité de 15 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2015 et renvoyé la cause à la SUVA pour qu'elle complète l'instruction puis statue sur une éventuelle rechute et/ou diminution de la capacité de travail subie par l'assuré dès le 1<sup>er</sup> février 2016.

Le Tribunal fédéral a rejeté le recours déposé par la SUVA contre ce jugement par arrêt du 27 février 2018.

26. Par pli du 6 mars 2018, la CJCAS a informé les parties qu'elle reprenait l'instruction de la cause A/2761/2016 en matière d'assurance-invalidité.

27. Le recourant a répliqué les 27 avril et 1<sup>er</sup> mai 2018. À l'instar de ce qu'avait jugé la juridiction cantonale dans la procédure en matière d'assurance-accidents, il incombait à l'OAI d'instruire les faits relatifs à une incapacité de travail de 50 % dès février 2016. À cela s'ajoutait qu'il avait subi une nouvelle intervention chirurgicale en septembre 2017, ayant entraîné une incapacité de travail totale du 26 septembre 2017 au 7 janvier 2018 ; depuis le 8 janvier 2018, son incapacité de travail était de 50 %. Il avait invité l'OAI à procéder à une révision pour tenir compte de cette nouvelle incapacité de travail, ce que l'office avait refusé. Une expertise lui paraissait indispensable pour déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée. À l'appui de sa réplique, il a joint :
- le bilan d'une IRM du genou droit effectuée le 20 septembre 2016 par le docteur H\_\_\_\_, radiologue, faisant état d'un status post plastie du ligament croisé antérieur, avec résection d'un cyclope syndrome, ainsi que d'un status post ménisectomie, d'une mauvaise délimitation de la corne postérieure du ménisque résiduel et d'une ulcération cartilagineuse de la portion médiale du condyle fémoral interne ;
  - un rapport établi par le Dr D\_\_\_\_\_ le 22 septembre 2016, attestant que l'assuré devait exercer à 50 % une activité lui permettant d'éviter les ports de charges supérieurs à 10 kg, les marches prolongées, ainsi que les montées et descentes répétées d'escaliers ;
  - divers certificats du Dr D\_\_\_\_\_, faisant état d'une incapacité de travail de 100 % du 26 septembre au 30 novembre 2017, puis de 50 % dès le 8 janvier 2018.
28. Dans sa duplique du 17 mai 2018, l'OAI a fait savoir qu'il renonçait à se déterminer sur les nouvelles pièces médicales produites, dans la mesure où seule était déterminante la situation existant au moment du prononcé de la décision litigieuse, soit en juin 2016. Par ailleurs, une révision du droit à la rente était exclue, car en raison de la procédure pendante, la situation antérieure n'avait pas encore été tranchée par un arrêt entré en force.
29. Cette écriture a été transmise au recourant, lequel a persisté dans ses conclusions le 15 juin 2018.
30. Le 5 octobre 2018, la SUVA a transmis à la CJCAS, sur demande, les rapports médicaux qu'elle avait recueillis postérieurement à l'arrêt du 2 février 2017, notamment :
- un rapport établi sur dossier par le Dr E\_\_\_\_\_ le 20 septembre 2017, relatant qu'une IRM réalisée en mai 2017 avait montré une gonarthrose fémoro-tibiale interne, ce qui témoignait d'une aggravation par rapport à la précédente IRM effectuée en septembre 2016 ;

- 
- le compte-rendu d'une opération pratiquée par le Dr D\_\_\_\_\_ le 26 septembre 2017 (résection partielle du ménisque interne et de fibres du ligament croisé antérieur) ;
  - les réponses, datées du 20 avril 2018, du Dr D\_\_\_\_\_ à un questionnaire de la SUVA : invité à se déterminer en détails sur l'état de santé actuel et son éventuelle péjoration depuis 2015, ce chirurgien a répondu que l'état de santé était « stable », sans autre précision. En outre, il a indiqué que l'assuré était « stabilisé dans [ses] douleurs ». Enfin, il n'a pas répondu aux questions de savoir quelle était l'incapacité de travail à moyen et long terme et quelles étaient ses constatations médicales précises ;
  - un rapport établi sur dossier le 25 juillet 2018, au terme duquel le Dr E\_\_\_\_\_ a maintenu que l'assuré était capable d'exercer à 100 %, avec un plein rendement, une profession réalisée à sa guise en position assise ou debout, sans port de charges supérieures à 5 kg, ni déplacements dans des escaliers, montées d'échelles ou positions agenouillées. Par ailleurs, l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % était préconisé, en raison d'une arthrose fémoro-tibiale débutante du genou.
31. Le 18 octobre 2018, le recourant a spontanément adressé à la CJCAS, entre autres, un rapport établi le 13 juin 2018 par les médecins de la Consultation de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève : le patient travaillait désormais comme nettoyeur à 50 %. Il marchait sans canne mais avec une légère boiterie et présentait un minime épanchement du genou droit, ainsi que des douleurs diffuses ; son genou était stable. Par ailleurs, une hypoesthésie de l'avant-pied et des orteils avait été constatée. Souffrant de douleurs et d'une gonarthrose, avec un problème mécanique sous-jacent, il souhaitait obtenir un second avis orthopédique, raison pour laquelle il avait été adressé à un spécialiste du genou.
32. Sur demande, la SUVA a transmis à la CJCAS une prise de position du Dr E\_\_\_\_\_, datée du 8 novembre 2016, sur la péjoration attestée par le Dr D\_\_\_\_\_ dès le mois de février 2016. À la question de savoir si l'incapacité de travail alléguée de 50 % était en relation de causalité naturelle avec les troubles consécutifs à l'accident du 30 juin 2011, le Dr E\_\_\_\_\_ a répondu « oui, c'est probable ». Par ailleurs, interrogé sur le point de savoir si cette incapacité de travail lui paraissait justifiée compte tenu des limitations qu'il avait énumérées dans son rapport de décembre 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a répondu que l'exigibilité retenue en décembre 2014 était valable pour une activité exercée la journée entière, en position assise ou debout, et qu'il ne ressortait du rapport d'IRM de septembre 2016 aucune aggravation susceptible de modifier cette appréciation.
33. Le 30 octobre 2018, le recourant a fait valoir que le rapport établi par le Dr E\_\_\_\_\_ en novembre 2016 était antérieur à l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral en matière d'assurance-accidents et qu'il avait été rédigé sans examen clinique préalable, ce qui lui paraissait insuffisant compte tenu de la péjoration de son état de santé. Par

---

ailleurs, il a signalé que la SUVA envisageait de soumettre au Dr E\_\_\_\_\_ les rapports relatifs aux IRM qu'il avait passées en Pologne en octobre 2017.

34. Cette écriture a été transmise à l'intimé, pour information, le 1<sup>er</sup> novembre 2018.

### **EN DROIT**

1. a. 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 CJCAS 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.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI).

Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

Interjeté dans la forme (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B LPA) et le délai prescrits par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août, et le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

Le recours est recevable.

2. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2).

En l'espèce, la décision attaquée dénie à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à un reclassement professionnel. Dans son recours, l'assuré se limite à requérir le versement d'une rente entière d'invalidité, sans remettre en question le refus de

---

l'intimé de lui accorder un reclassement. Est donc seul litigieux son droit à une rente d'invalidité.

3. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 – 5<sup>ème</sup> révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

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 LPGGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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).

4. 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 ; 115 V 133, consid. 2).

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 LPGGA), 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. 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 soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c).

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. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

5. 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 et art. 28a al. 1 LAI).

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 128 V 174).

- b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu

---

avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

c. Quant au revenu d'invalidé, 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'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : 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).

d. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. Il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références).

6. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves. Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de

---

collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; 128 III 411 consid. 3.2 ; 130 I 184 consid. 3.2).

Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3).

7. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

8. a. En l'occurrence, l'intimé a retenu que depuis le mois de février 2014, l'assuré n'était plus en mesure d'exercer son activité antérieure de chauffeur de poids lourds mais qu'il disposait, depuis le 21 novembre 2014, d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b. Il est incontesté que le recourant a bénéficié, du 21 novembre 2014 au 31 janvier 2016, d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. À ce propos, il convient de rappeler que dans leurs rapports des 8 et 19 décembre 2014, tant le Dr E\_\_\_\_\_ que le Dr D\_\_\_\_\_ ont conclu que l'intéressé était pleinement capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations. Quant aux médecins de la CRR, ils ont également jugé possible l'exercice d'une activité limitée à la conduite d'un véhicule, sans port de charges ni manutention lourde (cf. rapport du 10 juin 2014). Il n'y a pas lieu de s'écarter de ces rapports convergents, dont le recourant ne conteste pas la valeur probante.

c. En revanche, le recourant fait valoir qu'en raison d'une péjoration de son état de santé, sa capacité de travail a diminué à 50 % dès le 1<sup>er</sup> février 2016. À l'appui de cette allégation, il produit notamment deux certificats établis par son chirurgien, le Dr D\_\_\_\_\_, les 29 janvier et 26 avril 2016.

L'intimé objecte que les certificats du Dr D\_\_\_\_\_ ne sont pas motivés et ne mentionnent pas de limitation fonctionnelle, de sorte qu'ils ne permettent pas de s'écarter des conclusions formulées par les médecins de la SUVA.

d. Il est vrai que dans deux certificats antérieurs au prononcé de la décision litigieuse, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté qu'en raison de son état de santé, l'assuré devait travailler à 50 % dès le 1<sup>er</sup> février 2016, dans une activité lui permettant d'éviter le port de charges et les marches prolongées. Cette circonstance a conduit la chambre de céans, saisie d'une cause parallèle dans laquelle se posait aussi la question d'une péjoration de la capacité de travail depuis le mois de février 2016, à renvoyer le dossier à la SUVA afin qu'elle instruisse la question.

Dans le cadre de la présente procédure, la chambre de céans a invité la SUVA à lui transmettre les rapports médicaux obtenus dans le cadre de cette instruction complémentaire. Il en ressort que la SUVA a adressé au Dr D\_\_\_\_\_ un questionnaire en avril 2018, dans lequel elle a invité ce médecin à se déterminer en détails sur l'état de santé et son éventuelle péjoration depuis 2015. Ce chirurgien s'est limité à répondre que l'état de santé était « stable », sans autre précision. Par ailleurs, il n'a pas répondu aux questions de savoir quelle était l'incapacité de travail à moyen et long terme et quelles étaient ses constatations médicales.

Les réponses sommaires du Dr D\_\_\_\_\_ ne permettent pas d'établir, au degré de vraisemblance requis, que la capacité de travail de l'assuré aurait diminué à 50 % dès le 1<sup>er</sup> février 2016. L'incapacité de travail attestée n'est pas établie à satisfaction de droit, ce d'autant que le Dr D\_\_\_\_\_ ne l'a pas justifiée médicalement et que ses certificats – exempts de motivation – ne répondent pas aux réquisits jurisprudentiels applicables en matière de valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3). Dans ce contexte, on peine à comprendre en quoi les troubles dont souffre le recourant au niveau du genou droit l'empêcheraient d'exercer à 100 % une activité lui permettant d'épargner son membre inférieur droit. Par ailleurs, il sied de rappeler que le Dr E\_\_\_\_\_ a réfuté la péjoration attestée par le Dr D\_\_\_\_\_, en se référant à une IRM de septembre 2016, dont il ne ressortait selon lui aucune aggravation susceptible de se répercuter sur la capacité de travail (cf. rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 8 novembre 2016). Le recourant ne produit aucun rapport motivé qui permettrait de retenir le contraire, à tout le moins en ce qui concerne la période courant jusqu'au prononcé de la décision attaquée.

La chambre de céans se rallie au point de vue du SMR et du Dr E\_\_\_\_\_. Elle retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'à la date du prononcé de la décision attaquée, le 16 juin 2016, la capacité de travail du recourant demeurait entière dans toute activité adaptée, lui permettant d'éviter les marches longues ou

---

sur terrains instables, les génuflexions répétées, les montées et descentes répétées d'escaliers, ainsi que le port de charges lourdes.

e. Le recourant allègue avoir subi, en septembre 2017, une nouvelle opération du genou droit, ayant entraîné une incapacité de travail à 100 % jusqu'au 7 janvier 2018, puis par la suite à 50 %. En outre, il affirme que l'IRM réalisée en septembre 2016 témoigne bel et bien d'une péjoration, en ce sens que les fissurations cartilagineuses de son genou sont passées du stade 2 au stade 3. Enfin, il se prévaut de nouveaux rapports d'IRM établis en Pologne au mois d'octobre 2017.

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de prendre en compte les nouvelles aggravations invoquées par le recourant, car même si ces p jorations étaient avérées, elles seraient quoi qu'il en soit postérieures au prononcé de la décision attaquée (datée du 16 juin 2016). Or, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales 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. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

Vu la teneur du recours et des pièces produites, dont il ressort d'éventuelles aggravations de l'état de santé postérieures à la décision attaquée, il y a lieu de considérer que les écritures du recourant valent nouvelle demande de prestations, laquelle sera transmise à l'intimé pour qu'il procède aux éventuelles investigations utiles, puis rende une nouvelle décision (cf. ATAS/689/2013 du 28 juin 2013 consid. 7 ; ATAS/409/2018 du 14 mai 2018 consid. 10). Dans ce cadre, il paraîtrait opportun que l'intimé invite la SUVA à lui transmettre les derniers rapports médicaux obtenus et notamment la détermination à venir du Dr E\_\_\_\_\_ sur les rapports d'IRM établis en Pologne, en octobre 2017.

9. a. Dès le mois de novembre 2014, l'intimé a retenu que l'assuré présentait un degré d'invalidité de 0 %, en comparant le revenu sans invalidité (CHF 55'200.-) que ce dernier aurait perçu en bonne santé selon l'entreprise C\_\_\_\_\_ Sàrl, en tenant compte de l'évolution des salaires, avec le revenu statistique d'invalidé (CHF 59'517.-) qu'il aurait été en mesure de réaliser malgré son état de santé dans une activité adaptée à ses limitations, après déduction d'un abattement de 10 % (ESS 2012, tableau TA1\_tirage\_skill\_level, niveau 1, indexé).

De son côté, le recourant soutient que l'intimé aurait dû fixer son revenu sans invalidité sur la base du salaire déclaré par l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA (CHF 70'700.-), auprès de laquelle il travaillait lors de son accident. Par ailleurs, il estime que le revenu statistique d'invalidé retenu par l'intimé est trop élevé, étant donné qu'il ne peut plus exercer sa profession habituelle de chauffeur de poids lourds. Enfin, il requiert qu'un abattement de 25 % plutôt que 10 % soit déduit de son revenu d'invalidé, en raison de ses limitations fonctionnelles.

b. En l'occurrence, s'agissant tout d'abord du revenu sans invalidité, il est exact que le recourant travaillait pour l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA au moment où il a été victime de son accident de circulation en 2011. Avec le recourant, il convient d'admettre que le revenu sans invalidité aurait dû être fixé sur la base du revenu versé par l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA, lequel correspond au dernier salaire perçu avant la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Du reste, c'est sur la base dudit salaire que la SUVA a chiffré le revenu sans invalidité. Cela étant dit, même si l'on tient compte du revenu déclaré par B\_\_\_\_\_ SA, le taux d'invalidité reste nettement inférieur au seuil de 40 % ouvrant droit à une rente d'invalidité. Ce faisant, l'on parvient en effet à un revenu sans invalidité de CHF 70'700.-, qui une fois comparé au revenu d'invalidité retenu par l'intimé (CHF 59'517.-), ne donne qu'un degré d'invalidité (arrondi) de 16 %  $[(CHF\ 70'700.- - CHF\ 59'517.-) / CHF\ 70'700.- \times 100 = 15.8]$ .

c. Pour le reste, les griefs que soulève le recourant quant à l'évaluation de son revenu d'invalidité sont dénués de pertinence. Pour fixer le revenu d'invalidité, l'intimé s'est fondé, conformément à la jurisprudence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1), sur le salaire statistique auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de compétence 1 depuis l'ESS 2012, correspondant à l'ancien niveau de qualification 4 de l'ESS jusqu'en 2010). Ce salaire statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité, parce qu'elle est physiquement trop astreignante, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail dans des travaux légers. Quoi qu'en dise le recourant, qui se prévaut d'un manque de formation, cette statistique est représentative du revenu qu'il serait en mesure de réaliser en tant qu'invalidé, dès lors qu'elle recouvre un large éventail d'activités non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_633/2015 du 28 décembre 2016 consid. 4.3 et 8C\_266/2016 du 15 mars 2017 consid. 5.2.3). En outre, 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, en règle générale, 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\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références).

d. S'agissant enfin de l'abattement, l'intimé l'a fixé à 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Le recourant ne démontre pas pour quels motifs – autres que le critère des limitations fonctionnelles déjà pris en considération – ses possibilités de gain seraient inférieures à la moyenne dans des activités légères et adaptées. Quoi qu'il en soit, le Tribunal fédéral a déjà confirmé ce taux

d'abattement dans le cadre de la procédure parallèle opposant le recourant à la SUVA, et il a au demeurant appliqué le même taux dans une cause impliquant des limitations fonctionnelles similaires (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_199/2017 du 6 février 2018 consid. 5.3 et 8C\_800/2015 du 7 juillet 2016 consid. 3.4.3). Le taux d'abattement retenu par l'intimé ne prête donc pas le flanc à la critique.

10. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision confirmée en tant qu'elle nie le droit du recourant à une rente jusqu'en juin 2016.

Cela étant, dans la mesure où l'assuré se prévaut d'aggravations de l'état de santé postérieures au prononcé de la décision attaquée (datée du 16 juin 2016), le recours sera transmis à l'intimé afin qu'il le traite comme une nouvelle demande de prestations (cf. supra consid. 8e).

11. Le dossier permettant à la chambre de céans de se prononcer sur le bien-fondé de la décision attaquée, il est inutile d'administrer d'autres preuves, singulièrement d'ordonner une expertise judiciaire, par appréciation anticipée (ATF 122 II 464 consid. 4a).

12. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, le recourant sera condamné au paiement d'un émolument, arrêté au montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

Vu l'issue donnée au recours, le recourant ne peut prétendre à l'octroi d'une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPG).

\*\*\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit qu'il vaut nouvelle demande de prestations, au sens des considérants.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
5. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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