

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3475/2015

ATAS/1003/2016

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

**Arrêt du 28 novembre 2016**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-SACONNEX,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Laurence  
MIZRAHI

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Jean-Pierre WAVRE et Willy  
KNÖPFEL, Juges assesseurs**

---

## **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1969, a travaillé, en dernier lieu, en tant que chef d'équipe jardinier pour le compte de la société B\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur), ce depuis le 1<sup>er</sup> mars 1994.

Le 18 juin 2008, l'employeur a mis fin à ses rapports de travail avec l'assuré. A compter du même jour, ce dernier a été dans l'incapacité totale de travailler, d'abord pour accident, alléguant une chute sur son lieu de travail le 18 juin 2008, puis pour maladie.

2. Le cas a d'abord été pris en charge par PHILOS, assureur perte de gain maladie/accident de l'employeur.
3. Dans un rapport du 4 juin 2008, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et électroneuromyographie, a indiqué avoir reçu à sa consultation l'assuré pour un bilan, en raison d'acroparesthésies bilatérales dans les nerfs cubitiaux et médians. Le fait de s'accouder déclenchait des acroparesthésies dans les deux derniers doigts à droite et, pendant la nuit, dans les nerfs médians. Le praticien signalait un status post-amputation traumatique des doigts de la main droite, dû à l'explosion d'un feu d'artifice.

L'examen électroneuromyographique (ENMG), réalisé le 3 juin 2008, avait mis en évidence des signes en faveur d'une neuropathie bilatérale axono-myélinique des nerfs médians dans les mains, avec un ralentissement discret de la vitesse de conduction dans le canal carpien à gauche et sans ralentissement significatif à droite, mais avec une diminution de la taille des potentiels d'action sensitifs et un allongement de la latence distale motrice. Il existait, à ce niveau-là, un status post-traumatique important qui rendait difficile l'interprétation de l'ENMG. Par ailleurs, une neuropathie du nerf cubital droit était présente, en regard de la gouttière épitrochléenne touchant le versant sensitif et moteur essentiellement d'un point de vue myélinique.

4. Le 10 septembre 2008, une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale a conclu à une dégénérescence discale C5-C6, avec une discopathie modérée C6-C7, à une protrusion discale C5-C6, plus prononcée en C6-C7, à la limite d'une hernie, mais sans conflit radiculaire, à des trous de conjugaison symétriques et libres, à un cordon médullaire de topographie normale et de signal homogène, ainsi qu'à une scoliose cervicale à convexité gauche.
5. Dans un rapport du 15 janvier 2009, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé le diagnostic de fibromyalgie. L'assuré était en arrêt de travail depuis le mois de juin 2008. Il présentait un cortège de symptômes, associant des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des céphalées, une importante asthénie, des troubles du sommeil et, sur le plan ostéo-articulaire, des douleurs diffuses, à la fois diurnes et nocturnes, non soulagées par le

repos. Le bilan biologique n'apportait pas d'élément en faveur d'une autre étiologie au syndrome douloureux chronique présenté. Tous les points de fibromyalgie étaient, en particulier, douloureux à la pression. Le praticien recommandait l'exercice régulier d'une activité physique et un traitement antidépresseur.

6. Dans un rapport du 29 janvier 2009, adressé à l'assureur perte de gain, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, s'est référé aux diagnostics posés par le Dr D\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 janvier 2009. Il indiquait que l'assuré prenait des antidépresseurs. Ce dernier était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 20 octobre 2008, mais l'évolution était lentement favorable.
7. Dans un rapport du 27 février 2009, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-conseil de l'assureur perte de gain, a observé que l'assuré avait été dans l'incapacité totale de travailler du 18 juin au 19 octobre 2008, suite à une contusion dorsale et cervicale, puis dès le 20 octobre 2008, pour cause de maladie.

Lors de sa consultation, le praticien a observé que les plaintes de l'assuré avaient peu varié et que celui-ci niait toute surcharge psychologique. L'intéressé conservait toutefois un bon état général et toutes les articulations étaient sans signe inflammatoire. Le rachis cervical était sans particularité. Il n'y avait aucun signe de compression radiculaire aux membres supérieurs, ni aux membres inférieurs. Les points de fibromyalgie étaient négatifs. Ainsi, le Dr F\_\_\_\_\_ concluait que l'assuré était en bonne santé et présentait une symptomatologie très démonstrative, mais peu concordante avec l'examen clinique qui était dans les normes.

Dans un second rapport du même jour, adressé à l'assureur perte de gain, le Dr F\_\_\_\_\_ concluait qu'il n'était pas justifié que l'incapacité de travail de l'assuré soit prolongée au-delà du 11 mars 2009, date à laquelle l'assuré devait revoir son médecin traitant.

8. Dans un rapport du 2 avril 2009, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL), relevait l'existence de signes discrets de déficit vestibulaire périphérique à droite et d'une légère surdité de perception à gauche, mise en évidence par un bilan audio-vestibulaire. Il notait que l'assuré, qui était exposé à des conditions fréquentes de traumatisme acoustique sur les chantiers, présentait des épisodes de vertiges rotatoires, d'instabilité à la marche et de déviation parfois vers la droite, depuis près de trois ans. Ces épisodes étaient progressifs en fréquence et en intensité, engendrant un sentiment d'insécurité et une incapacité de travail. Le praticien émettait l'hypothèse que la perte auditive de l'assuré à gauche était le résultat d'une surdité brusque ou d'un traumatisme acoustique unilatéral, passé inaperçu dans son contexte professionnel.
9. Le 13 mai 2009, une tomodensitométrie axiale computerisée de la colonne lombaire et sacrée a conclu à de discrètes séquelles d'une maladie de Scheuermann, à une protrusion discale circonférentielle L3-L4, plus prononcée L4-L5, de localisation

---

médiane, paramédiane à prédominance gauche, mais sans conflit radiculaire, à une protrusion discale L5-S1 partiellement couverte par une ostéophytose, sans effet compressif sur les racines, à une ébauche de spondylose lombaire antérieure, à des canaux radiculaires symétriques et libres, à l'absence d'argument pour un canal lombaire étroit et à une discrète sclérose de surcharge des versants iliaques.

10. Le 20 mai 2009, l'assuré a subi une intervention, réalisée par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, et consistant en une neurolyse ulnaire au coude gauche, une résection des arcades de Struther, Osborne et du septum intermusculaire médial, un abatement sous-périosté de l'épicondyle médial, une myectomie de récession du chef médial du triceps, une décompression du tunnel carpien gauche, une neurolyse in situ du médian et une infiltration cortisonnée intra-articulaire de la métacarpo-phalangienne du pouce.

Dans son rapport opératoire du 23 mai 2009, le Dr H\_\_\_\_\_ indiquait les diagnostics de neuropathie ulnaire au coude gauche, de syndrome du tunnel carpien gauche et de douleurs de surcharge de la métacarpo-phalangienne du pouce gauche.

11. Dans un rapport du 2 juin 2009, adressé à l'assureur perte de gain, le Dr H\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré dans son activité habituelle à compter du 20 mai 2009, en raison de son status post-opératoire. A l'anamnèse, il rappelait l'existence de troubles sensitivo-moteurs médio-ulnaires. Le pronostic était incertain.
12. Dans un rapport du 2 octobre 2009, également remis à l'assureur perte de gain, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué, comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, une apnée sévère du sommeil depuis 2003, un syndrome compressif du nerf ulnaire et médian gauche depuis 2009, des troubles anxio-dépressif depuis 2002, une amputation traumatique des doigts de la main droite de longue date et un syndrome douloureux chronique musculo-squelettique dorsal depuis 2002. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il indiquait une hypercholestérolémie, un acouphène avec une hypoacousie à gauche et des gastralgies récurrentes. A l'examen clinique, le praticien relevait une douleur diffuse et mal systématisée de la nuque, des épaules et du reste du rachis, mais pas de déficit neurologique. Les limitations de l'assuré étaient alors difficiles à évaluer. Ce dernier avait été dans l'incapacité d'exercer son activité habituelle, à 100% du 18 juin 2008 au 26 avril 2009 et à 50% dès le 27 avril 2009. Par rapport au pronostic, le praticien indiquait que le problème compressif du nerf ulnaire opéré en mai 2009 était en phase de rémission. Quant au trouble anxio-dépressif et au syndrome douloureux musculo-squelettique chronique, le pronostic ne pouvait être déterminé. Le praticien recommandait un suivi psychiatrique et une nouvelle évaluation rhumatologique.
13. Par certificat médical du 19 janvier 2010, le Dr H\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité totale de travail de l'assuré dès le 20 mai 2009, d'une capacité partielle de travail

dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009 et d'une pleine capacité de travail à compter du 1<sup>er</sup> février 2010.

14. Par certificat médical du 13 octobre 2010, le Dr I\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité totale de travail de l'assuré à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2010.
15. Le 4 mai 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), sollicitant en particulier, une orientation professionnelle et un reclassement dans une nouvelle profession.

Il invoquait, comme atteintes à la santé, des douleurs rhumatismales, musculaires et articulaires, une neuropathie au coude gauche, des troubles auditifs, une amputation des doigts de la main droite et une apnée du sommeil sévère, avec une fatigue diurne, ce depuis 2008. Il était dans l'incapacité totale de travailler du 20 octobre 2008 au 31 mai 2011. Par ailleurs, du 7 septembre 2009 au 31 mai 2011, il était au chômage.

16. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2011, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué comme diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de l'assuré : un syndrome douloureux musculo-squelettique (fibromyalgie), aggravé depuis 2007 ; un syndrome d'apnée du sommeil sévère depuis 2005, appareillé depuis 2010 ; une amputation traumatique des doigts de la main droite depuis l'enfance ; et un état dépressif chronique. Comme diagnostics n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail, il mentionnait : une hypoacousie ; un acouphène ; ainsi qu'une hypercholestérolémie. Pour le praticien, qui suivait l'assuré depuis le mois de mars 2009, le pronostic était plutôt mauvais, en raison de la persistance du syndrome douloureux et de l'aggravation du syndrome d'apnée du sommeil. L'assuré suivait un traitement médicamenteux. Son incapacité de travail était jugée totale depuis le 16 mars 2009. De l'avis du praticien, l'activité habituelle n'était plus exigible, en raison du handicap physique dû à la douleur et de la fatigue prononcée à cause de l'apnée. L'assuré rencontrait ainsi des troubles de la concentration et une perte de la performance physique. Le rendement était réduit. L'appareillage respiratoire nocturne de l'assuré pouvait permettre une amélioration de sa capacité de travail, mais celui-ci le supportait difficilement. Par contre, une capacité de travail de 50% existait dans une activité adaptée, permettant l'alternance des positions, limitant la marche, ne nécessitant pas de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie ou à genoux, avec un port de charge d'au maximum 5 kg, ne requérant pas de monter sur une échelle ou un échafaudage, et limitant les capacités de concentration et de résistance.
17. Dans un questionnaire du 15 juillet 2011, réceptionné par l'OAI le 21 juillet 2011, l'employeur de l'assuré a confirmé avoir employé ce dernier à plein temps, en qualité de jardinier, du 1<sup>er</sup> mars 1994 au 30 juin 2009. Il expliquait avoir résilié le contrat de travail de l'assuré en date du 18 juin 2008, parce que ce dernier « ne convenait plus » et qu'il s'agissait d' « un licenciement économique ». Toutefois,

l'employeur relevait que, le même jour, après son licenciement, l'assuré a été en arrêt accident, puis en arrêt maladie, pendant près d'une année.

L'employeur précisait encore que, sans atteinte à la santé, l'assuré gagnerait un salaire de CHF 8'150.-, versé treize fois l'an.

Il joignait par ailleurs :

- des tableaux relatifs au salaire versé à l'assuré en 2008 et 2009, desquels il ressortait que l'assuré avait perçu un revenu mensuel de CHF 8'150.- de janvier à mai 2008, avant qu'il ne soit en arrêt de travail ;
- un courrier adressé à l'assuré le 28 mai 2009, par lequel il contestait la validité du certificat d'incapacité de travail totale du Dr H\_\_\_\_\_, dès le 20 mai 2009, remis par l'assuré, dans la mesure où l'assureur perte de gain avait retenu une pleine capacité de travail dès le 12 mars 2009. Il remarquait, par ailleurs, que l'assuré avait fourni différents certificats d'incapacité de médecins différents ;
- un courrier adressé à l'assuré le 22 juin 2009, par lequel il confirmait le début du délai de congé de trois mois à partir du 12 mars 2009, date à laquelle l'assureur perte de gain et le Dr E\_\_\_\_\_ retenaient une pleine capacité de travail et, ainsi, le dernier jour de travail de l'assuré le 30 juin 2009.

18. Le 29 juillet 2011, à la requête de l'OAI, l'office cantonal de l'emploi (OCE) a indiqué qu'un délai-cadre d'indemnisation avait été ouvert en faveur de l'assuré du 7 septembre 2009 au 6 septembre 2011, selon un taux d'activité à 100%.

L'OCE remettait également :

- un préavis médical du 4 octobre 2010 de son médecin-conseil, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et en médecine physique et de réadaptation, estimant que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle d'horticulteur, mais pleine dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que celle de cariste ou de machiniste. Il convenait d'éviter, en particulier, les travaux physiquement lourds, qui sollicitaient la colonne cervicale et les membres supérieurs, par des activités de force intense ou très répétitives. Une réorientation professionnelle était donc médicalement recommandée ;
- sa décision du 12 avril 2011, reconnaissant à l'assuré une pleine aptitude au placement à compter du 1<sup>er</sup> mai 2011.

19. Par courrier du 14 septembre 2011, à la demande de l'OAI, l'assureur perte de gain a indiqué avoir reconnu à l'assuré le droit à une indemnisation pour des périodes d'incapacité de travail à 100% du 20 octobre 2008 au 26 avril 2008 [recte : 2009], à 50% du 27 avril au 19 mai 2009, à 100% du 20 mai au 6 septembre 2009, et à 50% du 7 septembre au 24 novembre 2009. Toutefois, en raison d'un litige entre l'assuré et son employeur, les indemnités étaient en suspens depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009.

---

A cet égard, il joignait un courrier de la protection juridique de l'assuré du 15 décembre 2009, indiquant qu'une action avait été initiée devant la juridiction des Prud'hommes pour contester le congé signifié par l'employeur au 30 juin 2009.

20. Par communication du 3 octobre 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible pour l'heure, en raison de son état de santé. L'examen de son droit à une rente se poursuivait.
21. Dans un rapport du 8 novembre 2011, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire depuis 2009. Les diagnostics de syndrome douloureux musculo-squelettique (fibromyalgie) depuis 2007, de syndrome d'apnée du sommeil sévère dès 2005 et d'amputation traumatique des doigts de la main droite depuis l'enfance avaient une influence sur la capacité de travail. Un traitement antalgique et un appareillage respiratoire restaient préconisés. Le pronostic était mauvais. Le praticien observait des limitations fonctionnelles sous forme de fatigabilité et de douleur. Il relevait que l'évaluation clinique était toujours difficile dans un contexte de fibromyalgie. Selon l'intensité des troubles psychiques, une prise en charge psychiatrique était recommandée. Le praticien conseillait, par ailleurs, la réalisation d'un examen rhumatologique complémentaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé de l'assuré sur sa capacité de travail.
22. Dans un rapport complémentaire du 14 mars 2012, le Dr I\_\_\_\_\_ a notamment indiqué, comme symptomatologie de l'épisode dépressif de l'assuré, une absence de projets et un syndrome douloureux chronique. Le degré de gravité de la dépression était difficile à évaluer, en particulier en raison de la fatigue résultant du syndrome d'apnée du sommeil. Une prise en charge psychiatrique avait été proposée à l'assuré, mais celui-ci n'avait plus été suivi à ce niveau depuis un an et demi.

Il a, par ailleurs, remis un résumé de polysomnographie du laboratoire du sommeil des HUG du 16 mars 2010, indiquant un diagnostic d'un syndrome d'apnée du sommeil depuis mars 2007 et la persistance d'une somnolence diurne subjective et objective très importante.

23. Le 8 avril 2013, sur mandat de l'OAI, un rapport d'expertise pluridisciplinaire a été rendu par la Clinique romande de réadaptation (CRR), sur la base de l'examen clinique du 12 mars 2013 du docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et expert principal, de l'examen rhumatologique du 12 mars 2013 de la doctoresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, de l'examen neurologique du 13 mars 2013 du docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, de l'examen pneumologique du 13 mars 2013 du docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et en pneumologie, et de l'examen psychiatrique du 14 mars 2013 du docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie.

Les plaintes de l'assuré concernaient des douleurs aux cervicales et dans les épaules des deux côtés, avec une prédominance du côté droit. Celles-ci étaient déjà présentes avant la chute sur son lieu de travail en 2008, mais s'étaient exacerbées à

cette occasion. Ces douleurs étaient d'une intensité de 7 sur 10 sur l'échelle d'auto-évaluation de l'intensité de la douleur. L'intervention subie en mai 2009 avait amélioré la situation, mais il y avait une persistance occasionnelle de décharges électriques dans le bras gauche, atteignant la main et touchant tous les doigts. L'assuré signalait par ailleurs des lombalgies permanentes, mais d'intensité moindre que les cervicalgies, et également de gonalgies gauches intermittentes. Il invoquait une fibromyalgie. Son syndrome d'apnée du sommeil s'était bien amélioré depuis qu'il dormait appareillé, mais qu'il y avait toujours une grande fatigue et des difficultés de concentration. Il se plaignait encore de « bruits dans la tête » et d'une gêne à l'audition, dès que plusieurs personnes parlaient en même temps. Finalement, il indiquait que, depuis trois ans, il buvait beaucoup pour oublier ses difficultés. Son moral était fluctuant.

Cela étant, à l'issue de leurs examens respectifs, les experts ont retenu, comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, un syndrome d'apnée du sommeil de type mixte appareillé, avec une importante somnolence diurne résiduelle malgré un traitement optimal (G 47.3), une possible légère polyneuropathie sensitivomotrice symétrique distale aux deux membres inférieurs, probablement d'origine toxique, ainsi que des rachialgies non spécifiques (M 54.9). Comme diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, ils ont mentionné une dysthymie (F 34.1), des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool (F 10.25), un status post amputation traumatique des doigts de la main droite, un status après neurolyse ulnaire du coude gauche et une cure du tunnel carpien gauche en 2009, un status après septoplastie antérieure et turbinoplastie inférieure bilatérale en 2007, une obésité de grade I (E66.9), ainsi qu'une hypertension artérielle (I.10).

En particulier, sur le plan rhumatologique, l'expert n'observait objectivement pas une importante limitation des amplitudes des différents segments du rachis, abstraction faite des douleurs. Les examens paracliniques démontraient des troubles dégénératifs modérés du rachis cervical et lombaire, sans conflit disco-radiculaire. Ainsi, l'expert retenait le diagnostic de rachialgies chroniques non spécifiques, et non celui de fibromyalgie. En effet, les rachialgies expliquaient en bonne partie la symptomatologie et la fibromyalgie restait un diagnostic d'exception chez l'homme. En outre, la fatigue ressentie résultait essentiellement du syndrome d'apnée du sommeil.

Sur le plan neurologique, l'expert décrivait un status rassurant au niveau cervical, sans signe pour une atteinte radiculaire. Aucun déficit sensitivo-moteur n'avait été retrouvé au membre supérieur gauche, hormis un léger signe de Tinel à la palpation du nerf cubital au coude et du nerf médian au canal carpien gauche, ce qui témoignait de la réussite de l'intervention de libération des nerfs réalisée en 2009. L'examen avait, en revanche, mis en évidence quelques signes pour une légère polyneuropathie sensitive aux membres inférieurs, qu'une consommation importante d'alcool pouvait expliquer.

Au niveau pneumologique, l'expert constatait qu'après trois ans de traitement, l'assuré présentait, subjectivement, toujours une hypersomnolence diurne importante. En revanche, objectivement, le résultat thérapeutique était très satisfaisant, avec une bonne observance. Dans la majorité des cas, cette situation s'observait chez des patients qui présentaient des comorbidités psychiatriques, ce qui était le cas de l'assuré. La prise en charge se basait essentiellement sur le traitement des comorbidités.

Enfin, sur le plan psychiatrique, l'examen permettait de retenir les diagnostics de dysthymie, de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à la consommation d'alcool. L'intensité des éléments du tableau de dépression chronique de l'humeur mis en évidence par l'expert était toutefois insuffisante pour retenir un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. Le diagnostic de trouble somatoforme ne pouvait pas non plus être retenu. L'expert concluait ainsi que son examen ne mettait pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée et retenait une capacité de travail entière, sans limitation fonctionnelle.

Pour le reste, des examens de laboratoire confirmaient une consommation d'alcool à risque. Par ailleurs, il n'y avait pas de signes inflammatoires.

Au terme de leur entretien de synthèse, les experts admettaient que l'assuré présentait une atteinte significative à sa santé physique. Concernant l'appareil locomoteur, compte tenu des rachialgies, avec troubles dégénératifs modérés, les experts jugeaient que l'assuré était dans l'incapacité totale d'exercer une activité lourde, nécessitant des ports de charges de plus de 20 kg, comme cela était le cas dans son ancienne activité. Cela étant, dans une activité adaptée, permettant d'éviter les ports de charges au-delà de 5 kg, ainsi que les mouvements en porte-à-faux du dos, permettant de varier les positions, et ne nécessitant pas d'habileté manuelle, la capacité de travail demeurait entière. La légère polyneuropathie limitait seulement l'assuré pour les déplacements nécessitant un sens de l'équilibre important, comme par exemple le travail sur les toits ou en hauteur. En raison de son syndrome d'apnée du sommeil, l'assuré était, par ailleurs, inapte à la conduite. Ainsi, il y avait une inaptitude pour une éventuelle réorientation dans une activité de machiniste, par exemple. De manière générale, les activités professionnelles nécessitant une attention soutenue, ou constituées de tâches répétitives, monotones et potentiellement dangereuses n'étaient plus exigibles de l'assuré. Pour le reste, les experts émettaient l'idée que l'exercice d'une activité professionnelle adaptée profiterait à l'assuré, en le motivant à diminuer sa consommation d'alcool, à défaut de pouvoir la stopper.

24. Dans un complément d'expertise du 10 juillet 2013, le Dr K\_\_\_\_\_ a précisé que l'incapacité de travail totale de l'assuré dans son activité habituelle était à retenir dès le mois de juin 2008. Quant à la capacité de travail entière de l'assuré dans une activité adaptée à toutes ses limitations fonctionnelles, elle pouvait être retenue dès le mois de mai 2009, en tenant compte des limitations liées à la somnolence diurne,

qui étaient valables uniquement dans une activité exigeant une attention soutenue, ou constituées de tâches répétitives, monotones et potentiellement dangereuses. Autrement, dans une autre activité adaptée aux limitations exprimées par l'expert rhumatologue, pour autant qu'elle ne sollicite pas une certaine dextérité de la main droite, l'assuré avait également une capacité de travail entière dès le mois de juin 2008.

25. Par avis du 10 septembre 2013, la doctoresse P\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale auprès du service médical régional de l'OAI (SMR), a retenu, sur la base de l'expertise de la CRR du 8 avril 2013 et de son complément du 10 juillet 2013, une incapacité de travail totale de l'assuré dès le mois de juin 2008 et une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le mois de mai 2009, laquelle devait être déterminée par un spécialiste en réadaptation.
26. Le 6 janvier 2014, l'OAI a octroyé à l'assuré le droit à des mesures professionnelles, en la forme d'un stage d'orientation professionnelle auprès de l'organisation romande pour la formation et l'intégration professionnelle (ORIF), du 13 janvier au 6 avril 2014.
27. Par décision du 31 janvier 2014, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une indemnité journalière de CHF 239.80, pour la période dudit stage, sur la base d'un revenu annuel déterminant de CHF 105'950.-.
28. Dans le cadre de la mesure d'orientation professionnelle accordée, l'OAI a placé l'assuré auprès d'une entreprise spécialisée dans le conditionnement de produits alimentaires, pour effectuer un stage du 17 au 21 mars 2014. Son activité consistait à coller des étiquettes sur des produits alimentaires, l'objectif étant de l'évaluer en situation réelle, notamment en position debout, en milieu semi-ouvert et au cours d'une activité répétitive, avec mobilisation de la main droite.
29. Selon le rapport d'intégration socioprofessionnelle établi par l'ORIF le 4 avril 2014, l'assuré avait interrompu son stage en entreprise après deux jours d'activité, indiquant ne pas pouvoir rester debout en raison de ses fortes douleurs dans le dos.

Deux pistes professionnelles avaient été envisagées, à savoir celle de machiniste, mais elle ne convenait pas en raison de l'attention accrue nécessitée, et celle de conciergerie, mais elle n'avait pas suscité l'intérêt de l'assuré, qui avait refusé de participer à un module interne dans ce domaine.

L'assuré exprimait, depuis la seconde partie de sa mesure, vouloir percevoir une rente et relevait qu'avec une rente à 70%, il pourrait travailler trois heures par jour. Il résultait toutefois des observations menées qu'il pouvait travailler à 100% dans une activité nécessitant une bonne motricité fine, en position alternée. L'assuré avait, en effet, fabriqué de nombreux objets pendant son passage à l'atelier d'intégration professionnelle (AIP), sans rencontrer de problèmes particuliers de concentration. En outre, il n'avait pas eu de retard, ni d'arrêt maladie. Les conditions d'obtention d'une rente lui avaient alors été rappelées, ainsi que le fait que le SMR lui avait reconnu une capacité de travail à 100%. Cela étant, l'assuré avait maintenu

sa position et refusé de suivre une formation. Dès lors, il avait été complètement mis fin à la mesure le 6 avril 2014.

30. Dans un rapport de fin de mesures de réadaptation professionnelle du 6 mai 2014, l'OAI a constaté que la première partie de la mesure professionnelle suivie par l'assuré avait permis d'observer une très grande habileté manuelle, malgré son atteinte à la main droite. En dépit de plaintes concernant des douleurs à la nuque et une fatigue en fin de journée, il n'avait pas été observé de ralentissement ou d'endormissement. Les rendements avaient été bons tout au long des différents modules.

Un changement d'attitude de l'assuré avait toutefois été perçu durant la seconde partie de la mesure, avec l'interruption du stage en entreprise après deux jours en raison de douleurs dorsales, le refus de suivre le module interne de conciergerie et finalement la verbalisation du fait qu'il souhaitait percevoir une rente, plutôt que de suivre une mesure de réadaptation professionnelle.

Cela étant, l'OAI retenait que le stage d'orientation professionnelle suivi avait confirmé une pleine capacité de travail de l'assuré et montré que son atteinte à la main droite, datant de l'enfance, ne contre-indiquait pas les travaux fins. Cette capacité de travail résiduelle était ainsi pleinement exploitable dans le circuit économique normal, notamment dans le secteur industriel.

Compte tenu du fait que l'assuré demandait une rente et ne souhaitait pas poursuivre de mesure professionnelle, l'OAI a évalué son invalidité de manière théorique, sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). A cet égard, dans la mesure où l'incapacité de travail de l'assuré était survenue après qu'il ait reçu son congé pour des raisons économiques, l'OAI indiquait ne pas pouvoir se baser sur son dernier salaire de CHF 8'150.-, versé treize fois l'an, soit CHF 105'950.- annuellement, pour évaluer le salaire hypothétique sans invalidité. Ce salaire était, en effet, largement au-dessus des salaires usuels de la branche et était à mettre en relation avec l'ancienneté de l'assuré chez son employeur. L'OAI relevait que l'assuré pensait que ce salaire élevé était une des raisons de son licenciement, qu'il aurait accepté une baisse de salaire pour conserver son emploi et qu'il était d'accord qu'à l'heure actuelle, en bonne santé, il ne gagnerait de toute façon plus ce salaire. Dès lors, comme salaire hypothétique sans invalidité, en 2009, année de naissance du droit à une éventuelle rente, l'OAI retenait un salaire de CHF 71'784.- par an pour une activité de chef d'équipe jardinier, sur la base des ESS 2008, TA7, n°10 niveau 3 (soit CHF 5'634.- pour 40h/semaine ; CHF 5'859.- pour 41,6 h/semaine (moyenne suisse) ; avec l'évolution de l'indice suisse des salaires (ISS) : CHF 5'982.- x 12 = CHF 71'784.- par an). La comparaison des revenus aboutissait ainsi à un taux d'invalidité de 27,5 %, selon le calcul du degré d'invalidité effectué le 7 mai 2014.

31. En date du 15 mai 2014, l'OAI a rendu un projet de décision, refusant à l'assuré le droit à une rente d'invalidité.

---

En effet, l'assuré était dans l'incapacité totale de travailler dans toutes les activités depuis le 1<sup>er</sup> juin 2008. Cependant, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était totale dès le 1<sup>er</sup> mai 2009. A cet égard, il était ressorti du stage d'orientation professionnelle effectué que l'assuré avait une pleine capacité de travail dans le milieu économique normal.

Ainsi, en comparant un revenu sans invalidité fixé à CHF 71'784.-, fondé sur l'ESS de 2008, TA7, et un revenu avec invalidité estimé à CHF 52'054.-, sur la base des ESS, tableau TA1, niveau 4, à 100%, déduction faite de 15% en raison des limitations fonctionnelles, la perte de gain était de CHF 19'730.-, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 27%.

32. Par courrier du 5 juin 2014, l'assuré a contesté ce projet de décision, eu égard notamment au revenu sans invalidité retenu.
33. Dans des déterminations complémentaires du 21 août 2014, l'assuré a plus particulièrement nié la pleine valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire rendue le 8 avril 2013, principalement sur la base du rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 19 août 2014 qu'il produisait.

En effet, d'après ce rapport de son médecin traitant, les experts n'avaient pas tenu compte de tous les diagnostics ayant un effet sur sa capacité de travail, en ne retenant pas la dysthymie, son alcoolisme, et les amputations traumatiques de ses doigts à la main droite parmi les atteintes incapacitantes. En outre, l'interaction entre la dépendance à l'alcool et les troubles psychiatriques n'avait pas été examinée.

Ainsi, comme le retenait le Dr I\_\_\_\_\_, sa capacité de travail devait être estimée, tout au plus à 50%, dans une activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles, pour autant qu'une telle activité existe. A cet égard, l'ORIF n'avait pas été en mesure de lui proposer une activité adaptée. Le métier de machiniste était d'emblée exclu. L'activité proposée de concierge n'était aucunement adaptée à ses nombreuses et importantes limitations fonctionnelles, une activité en hauteur étant notamment proscrite. D'ailleurs, il apparaissait étonnant que cette orientation ait été retenue, alors que l'activité habituelle de jardinier avait été exclue, dans la mesure où ces deux activités comportaient des tâches identiques.

Ainsi, l'assuré maintenait requérir une rente ou, subsidiairement, des mesures d'ordre professionnel ou une aide au placement, afin de reprendre une activité adaptée.

34. Par avis du 5 février 2015, la doctoresse Q\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a confirmé les précédentes conclusions du service du 10 septembre 2013.

Du point de vue de l'assurance-invalidité, la dysthymie et l'alcoolisme n'étaient pas des atteintes incapacitantes. S'agissant de l'amputation traumatique des doigts de la main droite, les experts avaient considéré, à juste titre, qu'elle était sans répercussion sur la capacité de travail, dès lors qu'elle s'était produite il y a

---

plusieurs années. D'ailleurs, cela n'avait pas empêché l'assuré d'exercer son travail de jardinier et le rapport de stage du 10 avril 2014 retenait que ce dernier pouvait travailler à 100% dans une activité nécessitant une bonne motricité fine et une position alternée. De plus, l'assuré avait pu fabriquer de nombreux objets pendant son passage à l'AIP sans rencontrer de problème particulier de concentration. Ainsi, les éléments médicaux relevés par l'assuré étaient connus et avaient été pris en compte dans l'expertise de la CRR.

35. Le 28 mai 2015, l'OAI a établi un rapport final relatif aux mesures d'ordre professionnel, selon lequel les propositions du rapport de réadaptation professionnelle du 6 mai 2014 restaient valables.
36. Par décision du 1<sup>er</sup> septembre 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision du 15 mai 2014, faisant sienne la dernière appréciation médicale du SMR.

Quant à la fixation du revenu sans invalidité, contesté par l'assuré, l'OAI relevait qu'il ressortait du questionnaire de l'employeur que le salaire indiqué était postérieur à son licenciement. Il ne pouvait donc être retenu, étant précisé qu'il était supérieur au salaire hypothétique sans invalidité. L'assuré avait d'ailleurs confirmé qu'en bonne santé, à l'heure actuelle, il ne gagnerait pas un tel salaire. Or, en l'absence d'un salaire effectif pour calculer le salaire hypothétique sans invalidité, l'utilisation d'un salaire statistique ESS était conforme aux usages.

37. Par acte du 5 octobre 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire et à l'audition du Dr I\_\_\_\_\_, et principalement, sous suite de frais et de dépens, à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

En effet, au vu du rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 19 août 2014, évaluant sa capacité de travail dans une activité adaptée à un maximum de 50%, l'intimé aurait dû reconsidérer sa position, voire, à tout le moins, instruire davantage le dossier. De plus, il n'a pas été tenu compte de la nouvelle jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral, en matière de troubles somatoformes douloureux et de troubles assimilés, pour déterminer la capacité de travail exigible en raison de sa dysthymie.

En tout état de cause, quand bien même une capacité de travail de 100% existe dans une activité adaptée, une diminution de rendement doit être considérée, au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles. A cet égard, l'expertise requise permettra de déterminer la diminution de rendement à prendre en considération.

Quant au revenu sans invalidité pris en compte, le recourant maintient le contester, dans la mesure où ses atteintes sont survenues avant son licenciement. En outre, il réfute avoir indiqué que son salaire aurait diminué s'il n'avait pas rencontré de problèmes de santé. Enfin, l'abattement de 15% considéré n'est pas suffisant, compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles.

38. Dans sa réponse du 29 octobre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Tout d'abord, une expertise judiciaire ne se justifie pas, étant donné qu'une pleine valeur probante doit être reconnue à l'expertise pluridisciplinaire réalisée par la CRR. De plus, les conclusions des experts et du SMR sur la capacité de travail du recourant sont corroborées par les résultats de la mesure d'orientation professionnelle suivie. Par ailleurs, la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, ou autres troubles associés, n'est pas applicable à la dysthymie, qui n'est pas un diagnostic sans étiologie claire.

Enfin, l'abattement opéré de 15% tient compte des limitations fonctionnelles du recourant et de sa longue carrière auprès de son employeur. Aucun motif supplémentaire ne justifie de l'augmenter.

39. Par réplique du 24 novembre 2015, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours et a requis son audition.
40. Le 7 décembre 2015, la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle.

Le recourant a expliqué avoir rencontré des problèmes de santé à compter de 2005, mais avoir continué à travailler jusqu'à son licenciement en 2008. Il n'avait pas eu d'incapacité de travail avant de recevoir son congé. Des années auparavant, il avait eu plusieurs arrêts de travail pour divers problèmes cardiaques, dorsaux et relatifs à une hernie, sans qu'il ne puisse exactement les dater. L'amputation de ses doigts à la main droite était survenue alors qu'il était âgé de huit ans, suite à un accident de feu d'artifice. Cette atteinte le handicapait, suivant ce qu'il devait faire. En particulier, il ne pouvait pas ramasser de petites choses, ni effectuer certains travaux. Ses problèmes de santé le ralentissaient et le fatiguaient. Il rencontrait également des problèmes de concentration. De manière générale, il ne s'estimait plus aussi efficace qu'avant. Sans ces problèmes, il pensait qu'il aurait pu continuer à travailler pour le même employeur. En effet, à son sens, son employeur l'avait licencié parce qu'il n'était plus aussi performant qu'avant, car celui-ci n'avait pas de problèmes financiers. Il souhaitait précisément rectifier ce point. Son dernier jour de travail avait été le 18 juin 2008 et sa première incapacité de travail était survenue le jour-même, après que son licenciement lui ait été signifié. Pour le reste, il a confirmé avoir ouvert une procédure devant les prud'hommes contre son employeur, laquelle s'était terminée en 2011 ou 2012. Ce dernier avait été condamné à lui payer certaines sommes, sans qu'il ne se souvienne du détail.

Concernant son salaire, il a relevé que, sans ses atteintes à la santé, il n'aurait pas accepté que celui-ci soit réduit. Il ne se souvenait pas avoir déclaré qu'il aurait accepté une telle réduction de salaire, dans le cadre de l'instruction menée par l'intimé. En revanche, compte tenu de ses problèmes de santé, il aurait accepté de réduire son salaire d'au maximum CHF 500.-.

Par rapport à son stage à l'ORIF, il a rappelé qu'il avait duré trois mois et a confirmé avoir effectué les divers travaux décrits dans le rapport du 4 avril 2014. Il avait toutefois souvent dû se reposer sur place. S'agissant de l'orientation

professionnelle évoquée dans la conciergerie, il a relevé que c'était le fait de nettoyer les toilettes de l'ORIF qui n'avait pas suscité son intérêt et non l'activité en elle-même, contrairement à ce qui était suggéré dans ledit rapport.

Quant à l'intimé, interpellé sur la question de savoir sur quelle base il s'était fondé pour, d'un côté, calculer des indemnités journalières fondée sur un salaire de CHF 105'950.- par année et, de l'autre côté, retenir un salaire sans invalidité différent, dans sa décision litigieuse, il a indiqué que le calcul des indemnités journalières était fait par la caisse de compensation, de sorte qu'il ne pouvait répondre précisément à cette question.

41. Dans des déterminations du 8 décembre 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
42. Dans des observations du 21 décembre 2015, le recourant a également maintenu ses conclusions.

Il confirmait ses déclarations, selon lesquelles ses atteintes à la santé étaient survenues avant son licenciement et qu'il avait été licencié en raison de ses problèmes de santé. D'ailleurs, dans son questionnaire du 21 juillet 2011, son employeur avait également indiqué qu'il « ne convenait plus ».

S'agissant de son salaire, il n'aurait accepté une réduction qu'en raison de ses problèmes de santé et pour un montant maximum de CHF 500.-. Quoi qu'il en soit, l'intimé avait lui-même pris en compte un revenu déterminant annuel de CHF 105'950.- pour établir le montant de l'indemnité journalière allouée durant la mesure professionnelle. Il convenait donc de tenir également compte de ce montant au titre de revenu sans invalidité et de lui reconnaître ainsi le droit à une rente.

43. Par courrier du 16 août 2016, constatant que le questionnaire d'employeur remis à l'intimé le 15 juillet 2011 mentionnait que le recourant avait été licencié tant parce qu'il « ne convenait plus » que pour des raisons économiques, la chambre de céans a interpellé l'ex-employeur du recourant, afin qu'il précise davantage les raisons de son licenciement, eu égard notamment aux problèmes de santé rencontrés par ce dernier, et qu'il renseigne l'instruction sur l'issue de la procédure diligentée devant la juridiction des Prud'hommes.
44. Par courrier du 25 août 2016, l'ex-employeur a indiqué que le congé signifié était plus précisément dû à la perte d'un gros contrat avec un client important, par la faute du recourant, mais également à son attitude réfractaire au travail, son agressivité envers les collaborateurs et son travail insatisfaisant. Toutefois, afin de ne pas pénaliser ce dernier vis-à-vis du chômage, il avait indiqué comme motifs de licenciement qu'il « ne convenait plus » et des « raisons économiques ». Par ailleurs, il relevait qu'immédiatement après la notification de son congé, le recourant s'était mis en arrêt de travail, d'abord pour cause d'accident et, ensuite, de maladie, avec le concours d'une pléthore de médecins, ce qui avait eu pour effet de prolonger l'échéance des rapports de travail. Le recourant avait, en outre, refusé de

se soumettre à l'examen du médecin-conseil de l'assureur perte de gain. Dans ces circonstances, il doutait de sa bonne foi par rapport à ses problèmes de santé.

Il remettait, en outre :

- divers courriers adressés au recourant, selon lesquels les rapports de travail prendraient fin au 30 juin 2009, compte tenu des reports entraînés par les périodes d'incapacité de travail et des conclusions du médecin-conseil de l'assurance perte de gain, retenant une pleine capacité de travail dès le 12 mars 2009 ;
- les jugements rendus dans la procédure prud'homale, démontrant qu'il n'avait été condamné qu'au paiement d'une indemnité de vacances en faveur du recourant.

45. Dans des observations du 12 septembre 2016, l'intimé a maintenu ses conclusions.

Il a relevé que les documents produits par l'ex-employeur démontraient que le licenciement du recourant n'était pas lié à son état de santé et qu'il n'y avait d'ailleurs pas eu d'incapacité de travail prouvée. De plus, au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, le recourant n'était plus employé. C'était donc, à juste titre, qu'il s'était écarté des montants versés par l'employeur pour déterminer le salaire avant invalidité et s'était basé sur les ESS 2008, TA/ [recte : TA7], n° 10, niveau 3, correspondant à l'activité de chef d'équipe jardinier.

46. Dans des déterminations du 7 octobre 2016, le recourant a également persisté dans ses conclusions, en produisant un chargé de pièces, visant à démontrer qu'il souffrait déjà de problèmes de santé lorsqu'il travaillait.

Il s'est, en particulier, référé aux attestations d'anciens collègues établies le 4 octobre 2016. L'une d'elles confirmait notamment qu'il s'endormait au volant, manquait de concentration et oubliait énormément de choses lorsqu'il travaillait. En outre, elle attestait qu'il avait souvent des vertiges, des douleurs cervicales et se plaignait d'endormissement des jambes, ainsi qu'il se sentait très angoissé et avait des crises de panique à l'idée que son patron découvre ses faiblesses physiques et le licencie. Il était ainsi patent que ses problèmes de santé l'empêchaient d'effectuer son travail de manière satisfaisante et qu'il n'était pas « réfractaire au travail », comme l'avait indiqué son employeur. D'ailleurs, ses longs rapports de service démontraient qu'il n'aurait pas été licencié pour des motifs économiques, s'il n'avait pas souffert de problèmes de santé et avait pu continuer à travailler de manière satisfaisante. Il fallait donc retenir que, sans ses problèmes de santé, il aurait pu continuer à percevoir un revenu sans invalidité annuel de CHF 105'950.-.

Les documents médicaux produits contenaient notamment :

- un certificat médical du 4 octobre 2016, attestant d'une consultation le 25 mars 2007 pour une lombalgie connue ;
- un résumé de consultation du 23 février 2008, faisant état d'un diagnostic de trachéo-bronchite virale ;

- un rapport de consultation du 24 juillet 2009, concernant le suivi du syndrome d'apnées obstructives du sommeil diagnostiqué chez le recourant en 2007 ;
- un dossier médical relatif au syndrome d'apnées du sommeil diagnostiqué et à des céphalées tensionnelles signalées par le recourant au cours des années 2006, 2007 et 2009 ;
- une lettre de sortie d'hospitalisation du 2 août 2012, pour un abcès péri-amygdalien gauche, ayant entraîné une incapacité de travail du 25 juillet au 1<sup>er</sup> août 2012.

47. Ensuite de quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

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

2. a. A 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

b. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

c. En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision litigieuse du 1<sup>er</sup> septembre 2015, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des modifications de la LAI suscitées, dans la mesure de leur

---

pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 5 octobre 2015, contre la décision de l'intimé du 1<sup>er</sup> septembre 2015, reçue par le recourant le 4 septembre 2015, est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail et son degré d'invalidité.
5. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).  
b. 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).
6. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la

---

santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p.182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

b. A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a

---

pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

7. a. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. A cet égard, dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence

---

(ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). A cet égard, les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée - le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes - permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

b. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la

---

fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

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

---

c. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

d. 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).

e. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. a. 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).

b. 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 (Cst, RS 101; 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).

10. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de jardinier, ce depuis le mois de juin 2008.

Seule demeure litigieuse l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

En effet, dans la décision litigieuse, l'intimé a retenu que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée à compter du 1<sup>er</sup> mai 2009, sur la base de l'expertise pluridisciplinaire rendue par la CRR le 8 avril 2013 et de son complément du 10 juillet 2013. Ce faisant, il a évalué le degré d'invalidité du recourant à 27% et lui a ainsi nié le droit à une rente d'invalidité.

Le recourant, pour sa part, conteste présenter une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Sur la base de l'appréciation de son médecin traitant, le Dr I\_\_\_\_\_, il soutient disposer, tout au plus, d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, pour autant qu'une telle activité existe. Il nie, en ce sens, la valeur probante de l'expertise rendue par la CRR. De plus, il s'oppose au montant du revenu sans invalidité pris en compte par l'intimé et, ainsi, au degré d'invalidité retenu.

11. Il convient, dès lors, d'examiner, dans un premier temps, la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire rendue par la CRR le 8 avril 2013 et de son complément du 10 juillet 2013.

A l'issue de leurs examens respectifs, les experts ont retenu, comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, un syndrome d'apnée du sommeil de type mixte appareillé, avec une importante somnolence diurne résiduelle malgré un traitement optimal (G 47.3), une possible légère polyneuropathie sensitivomotrice symétrique distale aux deux membres inférieurs, probablement d'origine toxique, ainsi que des rachialgies non spécifiques (M 54.9). Comme diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, ils ont mentionné une dysthymie (F 34.1), des troubles mentaux et des troubles du

comportement liés à l'utilisation de l'alcool (F 10.25), un status post amputation traumatique des doigts de la main droite, un status après neurolyse ulnaire du coude gauche et une cure du tunnel carpien gauche en 2009, un status après septoplastie antérieure et turbinoplastie inférieure bilatérale en 2007, une obésité de grade I (E66.9), ainsi qu'une hypertension artérielle (I.10).

Ce faisant, les experts ont estimé que la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle de jardinier dès juin 2008, mais totale dans une activité adaptée, permettant d'éviter les ports de charges supérieures à 5 kg, d'éviter les mouvements en porte-à-faux du dos, de varier les positions, et ne nécessitant pas d'habileté manuelle, ni de conduite professionnelle, ce à compter du mois de mai 2009.

La chambre de céans observe, de prime abord, que cette expertise et son complément se basent sur le dossier médical du recourant et son examen physique. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les experts se sont prononcés sur l'évolution de l'état de santé du recourant, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes. L'expertise rendue le 8 avril 2013, dûment complétée par le rapport du 10 juillet 2013, est ainsi a priori conforme aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui conférer une pleine valeur probante.

12. Encore faut-il examiner si d'autres avis médicaux commandent de s'écarter des conclusions de cette expertise et de son complément.

a. A cet égard, se fondant principalement sur l'avis de son médecin traitant, le Dr I\_\_\_\_\_, et en particulier sur son rapport du 19 août 2014, le recourant reproche aux experts de ne pas avoir reconnu que les diagnostics de dysthymie, d'alcoolisme et l'amputation traumatique de ses doigts à la main droite ont un effet sur sa capacité de travail, de sorte qu'elle n'est au maximum que de 50% dans une activité adaptée.

S'agissant du diagnostic de dysthymie, le recourant fait plus précisément grief aux experts de ne pas avoir examiné son caractère incapacitant au regard des critères de la nouvelle jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux et de lésions assimilées.

Or, d'après la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10), la dysthymie est un trouble de l'humeur persistant (F34.1) qui ne relève pas des troubles somatoformes (F45). Certes, la jurisprudence du Tribunal fédéral s'applique également à d'autres troubles, mais pour autant que ceux-ci soient sans étiologie claire, ce qui n'est pas le cas de la dysthymie, comme le remarque à juste titre l'intimé. Il n'y a donc pas lieu de faire application, dans le présent cas, de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux et de lésions assimilées (ATF 141 V 281).

De plus, au terme d'un examen circonstancié, l'expert psychiatre a conclu à l'absence de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial, de limitation fonctionnelle psychiatrique. L'intensité et la fluctuation du tableau symptomatologique n'évoquent qu'un diagnostic de dysthymie, qui permet tout de même au recourant de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. Par ailleurs, comme l'a également constaté l'expert psychiatre, aucun document au dossier ne fait état d'une prise en charge psychiatrique du recourant auparavant. Dans ces conditions, l'appréciation psychiatrique effectuée n'apparaît pas critiquable.

Le recourant reproche également aux experts de ne pas avoir examiné l'interaction entre sa dépendance à l'alcool et ses troubles psychiatriques.

Cependant, force est de constater que l'expert psychiatre a bel et bien examiné cette interférence, puisqu'il a retenu l'existence de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool. Cela étant, il a considéré qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail, au terme d'un examen complet, tel qu'examiné précédemment.

Or, aucun document médical au dossier ne fait état d'une incapacité de travail entraînée par une interaction entre la dépendance à l'alcool du recourant et une éventuelle comorbidité psychiatrique, de sorte que, sur ce point également, l'opinion des experts ne peut pas être remise en cause.

Enfin, concernant l'amputation traumatique des doigts du recourant à la main droite, il ressort du dossier que celle-ci date de l'enfance et ne l'a pas empêché de travailler. Cela étant, les experts ont pris en compte ce handicap à titre de limitation fonctionnelle, en préconisant une activité ne requérant pas une grande habileté manuelle.

Pour le surplus, les autres diagnostics retenus par les experts, de même que les limitations fonctionnelles identifiées ne sont pas contestés.

Compte tenu de ce qui précède, contrairement à ce que soutient le recourant, il apparaît que les experts ont dûment posé leurs diagnostics et effectué leur appréciation, selon laquelle il dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Les rapports du médecin-traitant du recourant, ni aucune autre appréciation médicale ne permet de remettre en cause leurs conclusions. Par ailleurs, les attestations produites des anciens collègues du recourant, établies pour les besoins de la cause le 4 octobre 2016, sont dénuées de pertinence à ce sujet, dès lors qu'il n'appartient pas à ces derniers de porter une appréciation médicale sur l'état de santé du recourant.

Dans son préavis médical du 4 octobre 2010, le Dr J\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OCE, avait également estimé que la capacité de travail du recourant était nulle

dans son activité habituelle d'horticulteur, mais pleine dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles

En outre, tel que le relève l'intimé dans son rapport de fin de réadaptation professionnelle du 6 mai 2014, le stage d'orientation professionnelle suivi a permis de confirmer la pleine capacité de travail du recourant et a montré que l'atteinte à la main droite, datant de l'enfance, ne contre-indiquait pas les travaux fins, de sorte que le recourant dispose d'une capacité de travail résiduelle pleinement exploitable dans le milieu économique normal, notamment le secteur industriel. Une orientation professionnelle dans la conciergerie a notamment été évoquée.

A cet égard, le recourant objecte qu'une telle activité n'est pas adaptée à ses limitations fonctionnelles, compte tenu du fait qu'elle comporte des activités en hauteur.

Dans leur rapport du 8 avril 2013, les experts ont toutefois précisé que la légère polyneuropathie du recourant le limite seulement pour les déplacements nécessitant un sens de l'équilibre important, ce qu'il paraît possible d'éviter dans une activité de concierge.

L'intimé a retenu une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à partir du mois de mai 2009, sur la base du complément d'expertise du 10 juillet 2013.

A ce propos, il sied de constater que le recourant ne conteste pas en soi la reprise d'une activité professionnelle à compter de mai 2009, mais uniquement le taux d'activité retenu de 100%, au lieu d'au maximum 50%.

De plus, il ressort du dossier que le médecin-conseil de l'assureur perte de gain, le Dr F\_\_\_\_\_, avait considéré qu'une incapacité de travail du recourant ne se justifiait pas au-delà du 11 mars 2009.

Dans le cadre de la procédure prud'homale initiée par le recourant contre son employeur, le Tribunal a du reste retenu, dans son jugement du 17 mars 2011 entré en force, que le recourant n'avait pas démontré avoir été incapable de travailler au-delà du 15 mars 2009 (p. 13).

Par conséquent, compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il apparaît établi, au degré de vraisemblance requis, que le recourant dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée à compter du mois de mai 2009.

b. Quand bien même il devrait être retenu que sa capacité de travail dans une activité adaptée est de 100%, le recourant soutient qu'une diminution de rendement devrait être prise en compte, compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles.

En l'occurrence, dans leur expertise pluridisciplinaire, les experts ont retenu une capacité de travail du recourant de 100% dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> mai 2009, sans baisse de rendement. Or, tel qu'examiné précédemment, les experts ont

---

dûment établi les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant.

De plus, au cours du stage d'observation professionnelle effectué par le recourant, il n'a pas été observé de ralentissement. Au contraire, les rendements ont été bons tout au long des différents modules.

Le recourant ne se base, quant à lui, sur aucun avis médical pour fonder la baisse de rendement alléguée.

Dans ces conditions, l'expertise menée n'apparaît pas non plus critiquable, en tant qu'elle ne retient pas de diminution de rendement.

c. Compte tenu de ce qui précède, force est d'admettre que l'expertise pluridisciplinaire rendue par la CRR le 8 avril 2013, ainsi que son complément du 10 juillet 2013, ont pleine valeur probante.

Dans ces conditions, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et l'audition du Dr I\_\_\_\_\_ sollicitées par le recourant ne se justifient pas.

Il y a ainsi lieu de considérer que c'est à juste titre que l'intimé a retenu, que la capacité de travail du recourant est nulle dans toutes les activités depuis le 1<sup>er</sup> juin 2008, mais entière dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> mai 2009.

13. Il sied dès lors de se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant.

a. 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.

b. Selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

c. Concernant les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il convient d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus. Ainsi, 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).

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).

d. 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).

Cela étant, si le licenciement n'est pas motivé par une raison médicale, on ne peut admettre que l'assuré aurait poursuivi son activité auprès du même employeur. Lorsque la perte d'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé par des valeurs moyennes et non par le salaire que l'intéressé aurait réalisé auprès du dernier employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1 et les références citées).

e. 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/11). 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 - le niveau 4 de qualification des ESS - s'applique 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, 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).

---

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, 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. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

f. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

14. a. En l'occurrence, le droit éventuel à la rente est né au plus tôt le 1<sup>er</sup> novembre 2011, dès lors que la demande de prestations a été déposée le 4 mai 2011 et que le début de l'incapacité de travail durable déterminante, soit une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable, est présente depuis le mois de juin 2008.

b. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2011, comme examiné précédemment, le recourant dispose d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle, mais totale dans une activité adaptée.

c. Pour déterminer le degré d'invalidité du recourant, avec une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, il convient ainsi de se placer en 2011, et non en 2009, comme l'a retenu l'intimé.

d. S'agissant du revenu sans invalidité, les parties ont pris en considération la dernière activité du recourant en tant que chef d'équipe jardinier, mais s'opposent sur le montant du salaire à retenir à ce titre.

En effet, dans sa décision litigieuse, l'intimé s'est référé à un salaire statistique à titre de revenu sans invalidité, considérant que le salaire du recourant auprès de son employeur était postérieur à son licenciement et qu'il était supérieur comme base pour l'évaluation du salaire hypothétique sans invalidité. D'ailleurs, le recourant lui avait confirmé qu'en bonne santé, il ne gagnerait plus un tel salaire.

Le recourant, quant à lui, conteste la prise en compte d'un salaire statistique à titre de revenu sans invalidité et soutient que son dernier salaire, de CHF 8'150.- par mois aurait dû être retenu à ce titre. Au demeurant, l'intimé s'est fondé sur un revenu déterminant annuel de CHF 105'950.- (soit CHF 8'150.- x 13) pour fixer les indemnités journalières accordées durant la période de réadaptation du recourant, selon sa décision en la matière du 31 janvier 2014.

A cet égard, il convient de rappeler que, selon la jurisprudence, lorsque la perte d'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé par des valeurs moyennes et non par le salaire que l'intéressé aurait réalisé auprès du dernier employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1 et les références citées).

Or, dans son courrier du 25 août 2016, l'ex-employeur du recourant a expressément précisé que le licenciement était dû à la perte d'un important contrat à cause de l'intéressé. Par ailleurs, il ne ressort d'aucune pièce du dossier que les problèmes de santé rencontrés par le recourant avant son licenciement le 18 juin 2008 aient donné lieu à des critiques de son employeur, ni même qu'ils aient eu une quelconque influence sur sa capacité de travail. Le recourant a encore lui-même déclaré, lors de sa comparution personnelle du 7 décembre 2015, qu'il n'avait pas eu d'arrêt de travail avant de recevoir son congé.

En outre, dans le jugement produit du Tribunal des prud'hommes du 17 mars 2011, il a été retenu ce qui suit : « En l'espèce, la défenderesse a signifié la résiliation du contrat de travail au demandeur oralement le 18 juin 2008 et l'a confirmé par pli recommandé du même jour. Il ressort des témoignages que le demandeur ne s'est pas plaint auprès de collègues de travail ce jour-là d'un accident qu'il aurait subi, pas plus qu'il en aurait informé la défenderesse. Les pièces du dossier et les témoignages recueillis n'ont pas permis non plus d'identifier un défaut de la camionnette conduite par le demandeur le jour de son licenciement. Le demandeur

n'a ainsi pas démontré qu'il avait été victime d'un accident sur son lieu de travail avant la notification de son licenciement. Le Tribunal estime que la résiliation du contrat de travail n'est pas intervenue alors que le demandeur avait droit à des indemnités journalières, c'est-à-dire qu'au moment du licenciement, celui-ci n'était pas incapable de travailler. Le licenciement n'est ainsi pas nul. » (p. 12-13).

Conformément à la jurisprudence suscitée, dès lors que le licenciement du recourant n'était vraisemblablement pas dû à ses problèmes de santé, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé à un salaire statistique pour déterminer son revenu sans invalidité.

A cet égard, l'intimé a fixé ce revenu à un montant annuel de CHF 71'784.-, sur la base des ESS 2008, TA7. Dans son rapport de fin de réadaptation professionnelle du 6 mai 2014, l'intimé précise s'être basé sur le domaine d'activité n°10, niveau de qualification 3, soit CHF 5'634.- pour 40 heures par semaine, ce qui donne CHF 5'859.- pour 41,6 heures par semaine et CHF 5'982.-, adapté à l'évolution des salaires selon l'ISS. Annualisé, ce revenu représente ainsi CHF 71'784.- (soit CHF 5'982.- x 12).

En l'occurrence, il n'est pas contesté et n'apparaît pas critiquable que l'intimé se soit référé au tableau TA7, niveau 3, domaine d'activité n°10, pour déterminer le plus précisément possible le revenu sans invalidité du recourant, ce dernier ayant travaillé de nombreuses années en tant que jardinier et bénéficiant ainsi de connaissances spécialisées dans ce domaine. D'après la jurisprudence, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_142/2009 du 20 novembre 2009 consid. 4.1). A cet égard, on pourrait se demander si le domaine des activités de la construction ne serait pas plus approprié, mais quoiqu'il en soit, celui-ci apparaît moins favorable au recourant.

Partant, c'est à bon droit que l'intimé a pris en considération un revenu mensuel de CHF 5'634.-, représentant annuellement CHF 67'608.- (5'634 x 12). En 2008, la durée normale du travail dans les entreprises était bien de 41,6 heures, ce qui représente ainsi un revenu annuel de CHF 70'312.32 (67'608 x 41.6 : 40). Cela étant, comme indiqué précédemment, l'année de référence pour l'ouverture du droit à la rente est l'année 2011 et non 2009. Ainsi, adapté selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes (ISS en 2008 : 2092 et en 2011 : 2171), le revenu annuel sans invalidité à prendre en considération en tant que chef jardinier s'élève en réalité à CHF 72'967.50 en 2011 (70'312.32 x 2171/2092), et non à CHF 71'784.- comme l'a retenu l'intimé.

e. Concernant le salaire avec invalidité, dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité lucrative, c'est à juste titre que l'intimé s'est également référé aux ESS.

---

Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part du recourant dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est bien celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir CHF 57'672.- par année (CHF 4'806.- x 12 ; ESS 2008, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2011 (41,7 heures ; Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 60'123.06 (57'672 x 41.7 : 40). Indexé à 2011 selon l'évolution des salaires en termes nominaux, le salaire avec invalidité du recourant est de CHF 62'393.50 (ISS, en 2008 : 2092 et en 2011 : 2171 ; soit 60'123.06 x 2171/2092).

En outre, la prise en compte d'un abattement supplémentaire sur le salaire statistique, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant, n'est pas contestée dans son principe.

L'intimé a tenu compte d'un abattement de 15%, en raison des limitations fonctionnelles du recourant, considérant que les autres critères admis par la jurisprudence, tels que l'âge, le permis, les années de service et le taux d'occupation, ne permettaient pas une réduction supplémentaire.

Le recourant requiert, quant à lui, la prise en compte d'un abattement supplémentaire, sans toutefois le chiffrer, estimant simplement qu'un abattement de 15 % est insuffisant au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles.

On admettra, avec l'intimé, que seules les limitations fonctionnelles du recourant peuvent être prises en compte à cet égard et qu'un abattement de 15% n'apparaît pas critiquable en l'espèce.

En effet, il n'y a pas d'autres critères de nature à justifier un abattement supplémentaire. Le recourant ne se prévaut du reste pas d'un autre élément. Par ailleurs, le Tribunal fédéral a confirmé un abattement de 15%, s'agissant d'un assuré présentant notamment des limitations fonctionnelles sous forme de travail de type semi-sédentaire, n'impliquant pas le port de charges excessives et permettant de varier les positions, et pour lequel seul l'exercice d'une activité légère restait donc possible (ATF 9C\_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 5).

Dans ces conditions, il se justifie de tenir compte d'un abattement de 15% (15% de 62'393.05 = 9'359.025) et, ainsi, d'un revenu avec invalidité de CHF 53'034.- (62'393.05 – 9'359.025), et non de CHF 52'054.- comme l'a retenu à tort l'intimé.

f. Partant, en procédant à la comparaison des salaires sans invalidité et avec invalidité, le degré d'invalidité du recourant est de 27.31, soit de 27 %  $([72'967.50 - 53'034] \times 100 / 72'967.50)$ , taux qui ne donne pas droit à une rente.

15. Par conséquent, il y a lieu de constater que la capacité de travail du recourant de 100% dans une activité adaptée ne lui donne effectivement pas droit à une rente d'invalidité, de sorte que la décision attaquée était fondée.
16. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, sans qu'aucune mesure d'instruction supplémentaire ne nécessite d'être entreprise.

Il n'y a pas lieu à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03] a contrario).

Pour le surplus, étant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite, il y a lieu de condamner le recourant 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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