

GE_GERICHTE ATAS/1000/2010 vom 4. Oktober 2010

GE Cour de justice, 2010-10-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1000_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1000/2010 du 4 octobre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1000/2010 del 4 ottobre 2010

Erwägungen

E. 1

a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 30 juin 2007. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, eu égard au principe précité selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision.

E. 2

a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 27 novembre 2009, qui a été confirmé par la décision du 12 mars 2010, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 27 avril 2010. A/1562/2010 - 10/19 - c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine

d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA).

E. 4

a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007 (aLAI) est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGGA) (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGGA) (let. b). c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1er mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2).

A/1562/2010 - 11/19 -

E. 5

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 LPGGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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 223 consid. 4.1, 128 V 174). b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance- chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et

intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail

A/1562/2010 - 12/19 - résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence). e) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils

rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du

A/1562/2010 - 13/19 - salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. arrêt I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références; 9C 437/08 du 19 mars 2009). Il y a lieu de se placer au moment de la naissance du droit à la rente pour déterminer l'exigibilité d'un changement d'activité (ATF du 14 juillet 2008 9C 612/07). Dans l'arrêt précité (9C 437/08 du 19 mars 2007), le Tribunal fédéral a considéré que l'assurée, âgée de 61 ans et 1 mois au moment déterminant où la décision litigieuse avait été rendue par l'OCAI, qui présentait d'importantes limitations fonctionnelles (activité sédentaire, privilégiant la position assise et les déplacements plutôt à plat sans inclinaison vers l'avant, ni port de charge supérieurs à 5 kilos) - entraînant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée et une entrave dans l'accomplissement des travaux habituels de 30 %, soit un degré d'invalidité de 35 %, - ne présentait pas les facultés d'adaptation nécessaires pour une reconversion professionnelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En conséquence, elle présentait une invalidité totale sur le plan professionnel. De même, le Tribunal fédéral a jugé qu'il paraît difficile d'exiger d'un assuré de près de 60 ans d'abandonner son activité indépendante pour exercer une activité salariée adaptée à ses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral du 14 juillet 2008 9C 612/07), ou d'un assuré de 64 ans et demi, sans expérience professionnelle d'exercer une nouvelle activité adaptée (ATFA du 27 juillet 2005 I 61/05) ou encore pour un assuré de 63 ans d'abandonner son emploi à 50 % pour rechercher un emploi adapté à 100 % (ATF du 6 décembre 2007, I 1034/06). En revanche, le Tribunal fédéral a admis que la mise en valeur d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à l'état de santé d'un assuré de 60 ans et 2 mois était objectivement exigible (ATF du 27 janvier 2009 9C 393/2008).

E. 6

a) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

A/1562/2010 - 14/19 - b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

E. 7

a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

A/1562/2010 - 15/19 - b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et

expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). e) 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/bb et cc). f) 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;

A/1562/2010 - 16/19 - KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

E. 8

a) En l'espèce, la décision litigieuse est fondée sur un rapport pluridisciplinaire du CEMed du 4 septembre 2009, complété le 12 octobre 2009. Ce rapport, sous réserve de l'évaluation des diagnostics de syndrome des apnées obstructives du sommeil et des jambes sans repos, dont il sera parlé ci-après, répond aux critères jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Le recourant ne conteste d'ailleurs pas spécifiquement l'évaluation médicale mais estime que l'intimé aurait dû prendre en compte, d'une part, son âge (58 ans) et, d'autre part, le fait qu'il était sans formation et sans ressources pour se

réadapter dans une nouvelle activité professionnelle, ayant travaillé toute sa vie sur des chantiers et, qu'en conséquence aucun employeur n'était susceptible de l'engager, au vu également de son état de santé défaillant. b) Il est à constater que, questionné par le SMR, les experts ont écarté, dans leur réponse du 12 octobre 2009, l'existence d'un diagnostic des apnées du sommeil et donc toute limitation fonctionnelle qui en découlerait. Or, cette évaluation a été contredite de façon probante par les Drs N_____ et E_____, lesquels, dans deux rapports récents (respectivement des 28 août 2010 et 13 septembre 2010) ont confirmé ce diagnostic ainsi que celui de syndrome des jambes sans repos (mouvement périodique des membres pendant le sommeil). A cet égard, le Dr N_____ avait le 25 avril 2007 estimé que l'activité motrice anormale au cours du sommeil entraînait une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, en raison de fatigues, insomnie sévère et somnolence diurne. Dans un rapport du 23 mai 2006, le Dr N_____ évoquait aussi des problèmes de concentration du recourant. La polysomnographie du sommeil de juin 2007 a ensuite permis de confirmer, au surplus, le diagnostic de syndrome des apnées du sommeil. Quant au Dr E_____, il a expliqué avoir suivi le recourant pour ces deux diagnostics et que le 26 novembre 2009 ils étaient bien traités et ne provoquaient pas d'incapacité de travail. En revanche, mal traités ces deux syndromes pouvaient entraîner une diminution de la capacité de travail en raison d'une persomnolance diurne et d'une atteinte des fonctions supérieures. Par ailleurs, le recourant a précisé le 18 août 2010 qu'il avait consulté le Dr E_____ en octobre 2009 et qu'il bénéficiait depuis le 20 novembre 2009 d'un appareil CPAP qui correspondait à ses besoins.

A/1562/2010 - 17/19 - L'expertise a conclu à une capacité de travail de 100 %, avec une diminution de rendement de 25 % dans une activité respectant les limitations du recourant. Le SMR a fixé le début de cette capacité de travail au 1er avril 2007. Au vu de ce qui précède, il convient cependant d'admettre qu'entre le 1er avril 2007 et le 26 novembre 2009, le recourant a souffert des syndromes des apnées obstructives du sommeil et des jambes sans repos, lesquels ont pu être traités correctement en novembre 2009 seulement. A cette date, aucune limitation fonctionnelle ne peut être retenue en raison de ces deux syndromes, comme l'a attesté le Dr E_____. Antérieurement en revanche, il convient de retenir que ceux-ci entraînaient des limitations fonctionnelles, lesquelles ont été attestées par le Dr N_____ qui a estimé, le 25 avril 2007, que le recourant disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée; ces limitations fonctionnelles ont aussi été confirmées dans leur principe par le Dr E_____ le 13 septembre 2010, ces deux médecins étant au demeurant spécialistes dans le domaine des pathologies liées au sommeil. Il n'y pas lieu de remettre en cause cette appréciation. En conséquence, la conclusion du rapport du CEMed sera confirmée, sous réserve de l'impact des syndromes précités sur la capacité de travail du recourant pour la période du 1er avril 2007 au 26 novembre 2009, lequel n'a a tort pas été pris en compte du tout par les experts du CEMed, l'instruction complémentaire menée par le Tribunal de céans ayant permis de confirmer de façon probante l'existence de limitations fonctionnelles liées à ces deux diagnostics. Partant, il y a lieu de retenir que le recourant présentait du 1er avril 2007 au 26 novembre 2009 une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée selon les conclusions du Dr N_____ (rapport du 25 avril 2007) et du Dr E_____ (rapport du 13 septembre 2010) et dès le 27 novembre 2009 de 75 % dans une activité adaptée selon les conclusions de l'expertise du CEMed. c) Enfin, en application de la jurisprudence précitée (considérant 5e)), il n'y a pas lieu de considérer que le recourant, âgé de 58 ans en 2010, ne présente pas les facultés d'adaptation nécessaires pour une reconversion professionnelle dans une activité

à 75 %, adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E. 9

a) S'agissant du calcul du degré d'invalidité il convient de prendre en compte comme l'a fait l'intimé, le revenu sans invalidité tel qu'attesté par l'employeur en 2005 soit 95'965 fr. et de l'indexer pour l'année 2007. Il est à constater toutefois que l'intimé a indexé ce revenu au moyen du taux de 0,0163853 correspondant à l'indexation 2006-2007 alors qu'il convient d'appliquer le taux de 0,027610441 selon l'indice de l'année 2005 (1992) et celui de l'année 2007 (2047), de sorte que le revenu sans invalidité 2007 est de 98'615 fr. et non pas de 97'536 fr.

A/1562/2010 - 18/19 - S'agissant du revenu d'invalidité soit 60'167 à 100 % force est de constater qu'il est fondé sur une activité simple et répétitive de niveau 4 selon l'ESS 2006, tableau TA1 et qu'il est donc également compatible avec les limitations fonctionnelles supplémentaires du recourant retenues par le Dr N_____ pour une activité adaptée à 50 %. Partant, le revenu d'invalidité à 50 % est de 30'083 fr. (60'167 fr. : 2). Il convient encore d'appliquer la déduction de 25 % admise par l'intimé en raison de l'âge du recourant, de ses limitations fonctionnelles et des années de service. Le revenu d'invalidité est ainsi de 22'562 fr. Comparé au revenu sans invalidité de 98'615 fr. le degré d'invalidité est de 77 %. Ce taux d'invalidité correspond à la période du 1er avril 2007 au 30 novembre 2009. Dès le 1er décembre 2009, le taux d'invalidité est de 65,7 %, soit 66 % (ATF 130 V 121), fondé sur un revenu sans invalidité 2007 de 98'615 fr. et un revenu d'invalidité 2007 à 75 % (avec une déduction de 25 %) de 33'844 fr. b) Ainsi, le recourant a droit, dès le 1er février 2007 et jusqu'au 28 février 2010 (art. 88a RAI) à une rente entière d'invalidité (art. 28 LAI) et, dès le 1er mars 2010, à un trois-quarts de rente.

E. 10

a) Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1er février 2007 au 28 février 2010 et à un trois-quarts de rente dès le 1er mars 2010. b) Vu l'issue du litige une indemnité de 2'500 fr. sera allouée au recourant, à charge de l'intimé. c) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1562/2010 - 19/19 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.