

GE_GERICHTE ATAS/562/2013 vom 4. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_562_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/562/2013 du 4 juin 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/562/2013 del 4 giugno 2013

Erwägungen

E. 12

Il résulte d'un rapport daté du 25 août 2008 des Établissements publics pour l'intégration (ci-après les EPI) qu'une mesure d'orientation professionnelle en vue d'un placement en entreprise aurait dû se dérouler du 14 juillet au 12 octobre 2008, mais qu'elle avait toutefois été interrompue en date du 10 août 2008, attendu que l'assuré n'était pas dans une démarche de réintégration dans le monde économique usuel. En effet, il avait une attitude plaintive et estimait qu'il lui était impossible d'occuper un emploi, même léger ou à temps partiel.

E. 13

Dans un rapport du 5 septembre 2008, la Dresse C_____ a attesté que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et qu'il présentait des limitations en flexion et en extension cervicale et en position debout et assise. Une prise en charge psychiatrique n'était pas nécessaire. La capacité de travail était nulle, d'après elle, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

E. 14

Le 10 septembre 2008, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 12 août 2008, soutenant notamment que son état de santé s'était aggravé, raison pour laquelle il avait dû interrompre le stage d'orientation professionnelle.

E. 15

Par avis du 6 avril 2009, le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après le SMR) a constaté, suite à une prise de contact avec le Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et suivant le recourant depuis une année, que les avis médicaux étaient divergents et a recommandé la mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique.

E. 16

Le recourant ayant souscrit à cette proposition du Dr F_____, le Tribunal cantonal des assurances sociales, a renvoyé la cause à l'OAI pour expertise rhumato-psychiatrique par arrêt du 26 mai 2009 (ATAS/629/2009).

A/2151/2012 - 5/24 -

E. 17

L'OAI a ainsi mis en œuvre une expertise rhumato-psychiatrique, qu'il a confiée au Centre d'expertise médicale (CEMed) de Nyon. Ce sont les Drs H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui ont examiné l'assuré en date des 5 novembre 2009 et 6 juin 2010 et ont notamment requis une radiographie de la colonne cervicale effectuée le 6 novembre 2009. Dans leur

rapport du 12 juillet 2010, ils ont posé les diagnostics suivants, ayant une répercussion sur la capacité de travail : une ancienne fracture du pédicule et de la lame droite de C6, une discectomie C6/C7 avec une arthrodèse antérieure, une arthrodèse C5/C7 par voie postérieure, une probable pseudarthrose C5/C7 et des cervicalgies persistantes. Ils ont également retenu une ancienne fracture de P1/D5 à gauche ainsi qu'un épisode dépressif léger, avec un syndrome somatique. Les limitations fonctionnelles étaient uniquement d'ordre somatique et concernaient le port de charges, même d'importance moyenne, le maintien d'une posture fixe de la colonne cervicale ainsi que la mobilité de la colonne cervicale. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité antérieure, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations, avec une diminution de rendement de 20% pour tenir compte des douleurs. Des mesures de placement pouvaient être envisagées. D'un point de vue somatique, les experts ne se sont pas dits convaincus de la consolidation de la greffe osseuse et ont remarqué que l'une des vis du montage C5/C7 n'était pas en bonne position. Le rôle de ce status chirurgical imparfait dans la genèse de la symptomatologie douloureuse actuellement présente était difficile à définir, mais ne pouvait pas être négligé. Dans la mesure où il n'y avait pas de stabilisation antérieure C5/C6, les douleurs étaient également susceptibles d'être influencées par l'existence d'une fausse mobilité C5/C7. Les experts ont suggéré une réévaluation par l'opérateur et ont relevé qu'il était souhaitable de clarifier la situation au sujet du rôle de la pseudarthrose constatée au niveau cervical, étant précisé que cela ne changerait probablement rien au niveau de la capacité de travail. Sur le plan psychique, les experts ont noté que l'assuré était surtout anxieux et tendu et que sa tristesse n'était pas envahissante. La thymie était abaissée durant l'entretien, mais l'assuré pouvait se montrer souriant et son visage expressif. Par ailleurs, il était difficile d'évoquer un trouble somatoforme douloureux, attendu qu'il pourrait y avoir une instabilité pouvant expliquer les douleurs. Enfin, il n'y avait aucun élément pour retenir un syndrome de stress post-traumatique.

E. 18

Sur requête de l'OAI, le Dr H_____ a établi un rapport complémentaire en date du 1er novembre 2010, lequel a toutefois été signé par le Dr J_____ en son absence. Il a précisé qu'il ne pouvait pas se passer de l'avis de l'opérateur, attendu qu'il n'y avait quasiment pas d'expert chirurgical en Suisse qui avait l'habitude de pratiquer le type d'intervention en cause. L'opérateur était en effet le mieux placé pour revoir l'assuré, de sorte qu'il était conseillé au médecin traitant d'envoyer celui-ci chez son opérateur, afin qu'un traitement puisse lui être proposé, traitement

A/2151/2012 - 6/24 - dont il ne fallait toutefois pas attendre d'amélioration importante concernant les limitations.

E. 19

Dans un avis du 1er février 2011, le Dr F_____ a critiqué l'expertise rhumatopsychiatrique du CEMed, eu égard notamment au long délai entre les examens des 5 novembre 2009 et 14 juillet 2010, et s'est interrogé sur la valeur du consensus entre les deux experts ainsi que sur le fait que le Dr H_____ ne s'était pas prononcé sur le rôle de la pseudo-arthrose au niveau cervical, mais avait suggéré un réexamen par l'opérateur. Toutefois, l'expert ayant estimé que cette démarche n'aurait pas d'influence sur la capacité de travail, le médecin du SMR a considéré qu'elle allait uniquement améliorer le bien-être de l'assuré. Ce médecin a dès lors repris les conclusions de l'expertise du CEMed et rappelé

que le début de la réadaptation avait été fixé au 7 septembre 2007, étant précisé que cette date était reprise dans la mesure où les limitations fonctionnelles résultant de cette expertise étaient identiques à celles mises en exergue par les médecins de la CRR.

E. 20

Suite à la requête de l'assuré tendant à connaître l'activité qu'il pourrait exercer compte tenu de ses limitations fonctionnelles, l'OAI lui a indiqué, par communication du 16 juin 2011, qu'il mettait en œuvre une mesure d'observation professionnelle.

E. 21

Il résulte du rapport de réadaptation professionnelle du même jour établi par une conseillère en réadaptation de l'OAI que l'assuré n'était pas du tout d'accord avec les conclusions du SMR et qu'il allait être soumis à une expertise professionnelle de type COPAI (Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité) auprès des EPI du 8 août au 4 septembre 2011.

E. 22

Par courrier du 19 septembre 2011, la Dresse C_____ a informé l'OAI que la symptomatologie cervicale douloureuse de l'assuré allait en s'empirant depuis qu'il était obligé d'exercer des activités uniquement en position assise et nécessitant de se pencher durant huit heures. En outre, sa capacité de concentration et sa résistance étaient limitées. Dans ce contexte, ce médecin considérait qu'une activité professionnelle n'était raisonnablement exigible de l'assuré que durant quatre heures par jour.

E. 23

Le rapport des EPI du 10 octobre 2011 atteste du fait que l'assuré a suivi une mesure d'observation professionnelle du 8 août au 2 septembre 2011, avec un taux de présence de 100% jusqu'au 17 août 2011, puis de 50% pour des raisons médicales. Les conclusions de ce rapport sont les suivantes : les capacités physiques et d'apprentissage de l'assuré étaient insuffisantes pour permettre une réadaptation dans le circuit économique normal, de sorte qu'il était proposé qu'il puisse intégrer un atelier protégé, afin de garder une activité professionnelle adaptée à sa condition physique et à ses limitations. Il est précisé que sans amélioration notable de l'état de santé, la situation devait être considérée comme

A/2151/2012 - 7/24 - définitive. En ce qui concernait les capacités physiques de l'assuré, ses rendements dans une activité manuelle (de type sériel, seule accessible aux capacités d'apprentissage de l'assuré) ne dépassaient pas 50%, même à mi-temps, il y avait un manque de précision et les adaptations qui étaient nécessaires (plan incliné, table réglable en hauteur, absence de port de charges) étaient des contraintes supplémentaires. Les positions de travail étaient également difficiles à maintenir (alternance et mobilité nécessaires). En outre, il était précisé que les capacités d'adaptation et d'apprentissage de l'assuré étaient limitées, même pour un emploi simple, pratique et répétitif dans le circuit économique normal. En effet, ses limitations étaient les suivantes : une faible autonomie de réflexion, un manque de continuité dans l'attention, peu de scolarisation (3 ans), une faible capacité de raisonnement et d'abstraction, une intégration linguistique limitée, notamment à l'écrit (la langue française était un obstacle, par exemple pour un emploi avec des consignes multiples ou nécessitant un support écrit). L'assuré avait également une faible capacité d'adaptation à la nouveauté. Enfin, il a été relevé qu'il se montrait très volontaire et désireux d'avoir une activité professionnelle compatible avec son état de santé et ses

limitations. A ce rapport est joint un avis établi en date du 27 septembre 2011 par le Dr K_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, lequel a déclaré qu'il était évident que le montage orthopédique réalisé entraînait des limitations significatives et entravait la plupart des activités demandant une mobilité normale de la tête et du cou. Il a constaté que le stage au COPAI avait clairement montré que l'assuré ne pouvait pas avoir d'activité professionnelle rentable dans le circuit économique normal et que seule une activité protégée était envisageable. D'après le médecin, la situation n'était pas susceptible d'être améliorée par de nouvelles mesures chirurgicales ou médicales et devait être considérée comme définitive.

E. 24

En date du 25 novembre 2011, le Dr F_____ a relevé que l'appréciation du médecin des EPI ne mettait pas en exergue de nouveaux éléments.

E. 25

Dans un rapport de réadaptation professionnelle du 17 février 2011, un collaborateur de l'OAI a indiqué que le mandat de réadaptation était clôturé, de sorte que d'autres mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables et a procédé à une comparaison des revenus, dont il résultait un degré d'invalidité de 34%.

E. 26

Le 2 mars 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité, au motif que son degré d'invalidité était inférieur à 40%, étant rappelé qu'il avait bénéficié d'une rente entière d'invalidité du 1er juillet au

E. 31

En date du 30 août 2012, le recourant persiste dans ses conclusions et requiert préalablement l'audition des Drs K_____, C_____, B_____ et H_____. Il estime que les conclusions du CEMed portant sur la capacité de travail dans une activité adaptée n'étaient fondées sur aucune explication sérieuse et encore moins médicale et que l'OAI écartait, sans raison valable, les conclusions du COPAI.

E. 32

Par courrier du 10 septembre 2012, le recourant semble contester à nouveau la valeur probante de l'expertise du CEMed et soutenir qu'aucune mauvaise volonté n'a été retenue dans le cadre du stage au COPAI. Il sollicite ainsi que soient entendus, en qualité de témoins, les maîtres de réadaptation des EPI s'étant occupés de lui, soit Messieurs Q_____ et R_____.

E. 33

Le 25 septembre 2012, l'OAI maintient ses conclusions précédentes et estime que les auditions des différents médecins et des maîtres de stage s'avèrent inutiles. En effet, il rappelle que les informations recueillies au cours d'un stage ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin. En outre, le Dr B_____ n'a jamais complété le rapport qui lui avait été adressé par l'OAI, se contentant de fournir des copies de ses rapports de consultation, étant précisé que son dernier rapport était daté du mois de février 2007. La Dresse C_____ s'est quant à elle déjà exprimée par écrit à de nombreuses reprises sur l'état de santé du recourant et sur sa capacité de travail. S'agissant du Dr K_____, il

n'a rencontré le recourant qu'à une seule reprise dans le cadre du stage effectué aux EPI en août 2011. Enfin, il n'y avait pas lieu d'entendre le Dr H _____, son expertise présentant pleine valeur probante.

E. 34

Sur requête de la Cour de céans, les EPI expliquent, le 17 avril 2013, que les ateliers avec des places de travail protégées sont des cellules de production à caractère industriel, artisanal ou agricole ainsi que des entreprises de services, dont le but principal est l'occupation de personnes qui, en raison de leur invalidité, ne peuvent exercer aucune activité lucrative sur le marché premier du travail. INSOS Suisse (association de branche nationale des institutions pour personnes avec handicap) recommande les points suivants et veille à leur application : les salaires individuels sont déterminés en vertu du rendement de la personne avec handicap ; fréquemment des salaires sociaux sont versés, en prenant en considération d'autres éléments, tels que le comportement social ou la volonté de s'impliquer ; le montant du salaire est aussi influencé par des éléments liés à la situation spéciale des ateliers pour personnes en situation de handicap ; la capacité de travail des employés avec handicap varie extrêmement, ce qui peut rendre nécessaire une révision périodique du salaire (en général deux fois par année). En ce qui concerne le recourant, son salaire aurait été déterminé à l'issue de son parcours d'admission de plusieurs semaines. Compte tenu du stage COPAI en 2011, les EPI considèrent que son salaire horaire aurait été de 6 fr. 50 environ, étant

A/2151/2012 - 10/24 - précisé que les salaires versés aux travailleurs des ateliers protégés se situent dans une fourchette horaire allant de 4 fr. à 15 francs. Cela représenterait un salaire annuel approximatif de 10'000 fr. au maximum. Les salaires versés dans le cadre d'un atelier protégé doivent être considérés comme un revenu social et ne correspondent pas directement à un rendement et encore moins à une logique financière.

E. 35

En date du 25 avril 2013, le recourant rappelle qu'il a sollicité diverses auditions, ce qui résultait notamment de ses écritures du 10 septembre 2012.

E. 36

Invité à se prononcer sur le rapport des EPI du 17 avril 2013, l'intimé persiste, en date du 16 mai 2013, dans ses précédentes conclusions. Il soutient que le revenu d'invalidité du recourant ne saurait être fondé sur le salaire résultant d'une activité dans un atelier protégé, dans la mesure où un tel revenu ne correspondait manifestement pas au revenu que le recourant pourrait percevoir en mettant pleinement en valeur la capacité de travail qui était raisonnablement exigible de lui. Dès lors, le recourant étant capable d'exercer une activité légère et adaptée, c'était à juste titre que l'intimé avait déterminé le degré d'invalidité du recourant en se basant sur les ESS.

E. 37

Quant au recourant, il estime en substance, dans son courrier du 17 mai 2013, qu'il convient de suivre les conclusions du rapport des EPI, de sorte qu'il avait droit en tout état de cause à une rente entière d'invalidité.

E. 38

Sur ce, 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 9 octobre 2009 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement le 1er janvier 2008 et le 1er 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

A/2151/2012 - 11/24 - 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). En l'espèce, la décision litigieuse du 11 juin 2012 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur des diverses modifications de la LAI suscitées, cependant les faits pertinents remontent à l'année 2006. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et après le 1er janvier 2008, respectivement après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329). 3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité postérieurement au 31 décembre 2007. Il sera précisé que la décision rendue en date du 12 août 2008 par l'OAI, octroyant au recourant une rente entière limitée dans le temps entre le 1er juillet et le 31 décembre 2007, n'est jamais entrée en force de chose décidée ou jugée, contrairement à ce que pourrait laisser entendre la décision attaquée du 11 juin 2012, qui conclut uniquement au refus d'une rente et de mesures d'ordre professionnel. En effet, l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 26 mai 2009, rendu suite à la décision du 12 août 2008, avait simplement renvoyé la cause à l'OAI pour expertise rhumato-psychiatrique d'accord entre les parties, sans statuer sur le fond du litige. 5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art.

A/2151/2012 - 12/24 - 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique 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 1er janvier 2008). 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 maladif, 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 7. 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). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

A/2151/2012 - 13/24 - 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 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. 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). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de

A/2151/2012 - 14/24 - l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_739/2010 du 1er juin 2011 consid. 2.3 et 9C_1035/2009 du 22 juin 2010, consid. 4.1 in SVR 2011 IV n° 6 p. 17, et arrêt [du Tribunal fédéral des assurances] I 35/03 du 24 octobre 2003, consid. 4.3 et les références in Plädoyer 2004/3 p. 64). c) 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette

appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 8. En l'occurrence, l'OAI a alloué au recourant une rente entière du 1er juillet au 31 décembre 2007, considérant qu'il avait recouvré une capacité de travail entière dès le 7 septembre 2007 dans une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 20%. a) Pour fixer la reprise d'une activité adaptée à plein temps au 7 septembre 2007, l'OAI s'est principalement fondé sur le rapport de la CRR du 19 octobre 2007 établi par des médecins spécialistes en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie.

A/2151/2012 - 15/24 - La Cour de céans considère que ce rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. En effet, il a été établi sur la base notamment d'une anamnèse, des plaintes du recourant et d'un électroneuromyographie (ENMG) effectué en date du 13 septembre 2007 et suite à une prise en charge en ergothérapie et à des ateliers et stages professionnels. Les médecins ont clairement exposé les diagnostics ainsi que les limitations fonctionnelles qui en découlaient et qui concernaient le port de charges lourdes, l'évolution en terrain accidenté et les positions assise et debout statiques. Celles-ci ont également pu être mises en évidence par les stages professionnels effectués par le recourant dès le 10 septembre 2007 en tant que magasinier, mécanicien de vélo ou employé d'une quincaillerie, qui étaient des activités que celui-ci était en mesure d'exercer, étant précisé qu'il devait pouvoir aménager des pauses « plus fréquentes ». Ainsi, les médecins ont conclu de manière convaincante que la capacité de travail du recourant était certes nulle dans la profession d'aide-maçon, mais qu'elle était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La Cour de céans constate que les conclusions de ce rapport ont notamment été confirmées par le Dr A _____ en date du 8 janvier 2008, lequel a notamment ajouté que la situation était stabilisée, avec un dommage permanent indemnisable, et précisé que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : le port de charges moyennes à lourdes, les travaux en terrain instable, l'utilisation d'outils vibratoires et lourds, les mouvements répétitifs en rotation et en flexion/extension de la colonne cervicale et les positions penchées en avant. S'agissant des rapports de la Dresse C _____, ils ne sont pas suffisamment motivés ni ne mettent en exergue d'éléments dont les médecins de la CRR n'auraient pas tenu compte, de sorte qu'il ne sont pas susceptibles de remettre en cause leur rapport complet et motivé. Enfin, le rapport des EPI du 25 août 2008, qui conclut que le recourant n'était pas dans une démarche de réintégration vu son attitude plaintive et le fait qu'il a estimé ne pas pouvoir occuper d'emploi même à temps partiel, ne met pas en évidence d'éléments permettant de douter des conclusions de la CRR. Dès lors, compte tenu du rapport convainquant de la CRR et du fait que le recourant a pu débiter une réorientation et des stages dès le 10 septembre 2007, il sied de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, à une amélioration de l'état de santé du recourant lui permettant d'exercer à plein temps, sans diminution de rendement, une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 10 septembre 2007. b) Il convient toutefois de déterminer si l'état de santé du recourant ne s'est pas à nouveau péjoré postérieurement au 10 septembre 2007 ou si ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important.

A/2151/2012 - 16/24 - Au dossier se trouve le rapport d'expertise rhumato-psychiatrique établi en date du 12 juillet 2010 par deux médecins du CEMed, lesquels ont retenu les diagnostics suivants, ayant une répercussion sur la capacité de travail : une ancienne fracture du pédicule et de la lame droite de C6, une discectomie C6/C7 avec une arthrodèse antérieure, une arthrodèse C5/C7 par voie postérieure, une probable pseudarthrose C5/C7 et des cervicalgies persistantes. Les limitations fonctionnelles étaient uniquement d'ordre somatique et concernaient le port de charges, même d'importance moyenne, ainsi que le maintien d'une posture fixe de la colonne cervicale ainsi que la mobilité de la colonne cervicale. La capacité de travail du recourant était nulle dans l'activité antérieure, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations, avec une diminution de rendement de 20% pour tenir compte des douleurs. Ce rapport a été établi sur la base d'une anamnèse personnelle, familiale, socioprofessionnelle et médicale du recourant, sur ses plaintes somatiques et psychiques, sur son dossier médical, les documents radiologiques, les examens des 5 novembre 2009 et 6 juin 2010 et la radiographie de la colonne cervicale effectuée le 6 novembre 2009. Les experts ont posé les différents diagnostics, exposé leurs constatations objectives et leurs conclusions sont compréhensibles. En particulier, au vu des constatations objectives et de la discussion, on comprend que les troubles psychiques ne sont pas assez importants pour avoir une incidence sur la capacité de travail. D'un point de vue somatique, les experts se sont fondés sur la dernière radiographie pour retenir une probable pseudarthrose C5/C7, diagnostic qui n'a pas été retenu auparavant. Ils ont également fait part de leurs doutes quant à la consolidation de la greffe osseuse et ont relevé que l'une des vis du montage C5/C7 n'était pas en bonne position. Le rôle que jouait ce status chirurgical imparfait dans la symptomatologie douloureuse ne pouvait pas être clairement défini, d'après eux, mais n'était pas à négliger, de sorte qu'ils ont suggéré que le médecin qui avait opéré le recourant - le Dr B_____ - réévalue la situation, bien que cela ne changerait probablement rien au niveau de la capacité de travail. Dans le cadre du rapport complémentaire du 1er novembre 2010, l'expert en chirurgie orthopédique a précisé qu'il ne pouvait pas se passer de l'avis de l'opérateur, attendu qu'il n'y avait quasiment pas d'expert chirurgien en Suisse qui avait l'habitude de pratiquer le type d'intervention que le recourant avait subi. Eu égard à ces derniers éléments, le Dr F_____, médecin du SMR, a remis en cause implicitement la valeur probante du rapport d'expertise. A cet égard, la Cour de céans relève que le fait de demander l'avis de l'opérateur du recourant semble plutôt être - dans le cas du recourant qui a visiblement subi une opération spécifique - une mesure d'instruction sensée et visant à lever un doute raisonnable. Par ailleurs, le fait que les deux examens effectués par le CEMed aient été espacés de plusieurs mois ne permet pas à lui seul de remettre en cause la valeur probante de l'expertise. En revanche, compte tenu du fait que l'OAI a estimé inutile de solliciter l'avis du médecin qui a opéré le recourant, soit le Dr B_____, puis de le transmettre

A/2151/2012 - 17/24 - aux médecins du CEMed pour complément d'expertise, on peut se poser la question de l'entière valeur probante du rapport du CEMed. Cependant, il n'est pas nécessaire de procéder en l'espèce à de telles mesures d'instruction, au vu de ce qui sera exposé ci-dessous. c) En effet, suite au rapport du CEMed, l'OAI a mis en œuvre une mesure d'observation professionnelle auprès des EPI, qui avait notamment comme objet d'évaluer les capacités résiduelles du recourant ou encore de lui permettre de prendre conscience de ses aptitudes et de lui donner des outils pour construire et envisager positivement les suites du stage (cf. rapport du 10 octobre 2011 des EPI, p. 3). A l'issue de cette mesure qui a duré quatre semaines, les responsables ont conclu que le recourant ne

pouvait pas être réadapté dans le circuit économique normal, mais uniquement dans un atelier protégé, en raison notamment du maintien difficile des positions de travail (alternance et mobilité nécessaires), du manque de précision et des adaptations qui étaient nécessaires en raison de ses limitations physiques (plan incliné, table réglable en hauteur, absence de port de charges) du faible rendement - 50% même dans une activité de type sériel -, du faible tonus ainsi qu'en raison d'une faible autonomie de réflexion, d'un manque de continuité dans l'attention, du peu de scolarisation (3 ans), d'une faible capacité de raisonnement et d'abstraction, d'une intégration linguistique limitée ou encore d'une faible capacité d'adaptation à la nouveauté. Enfin, il a été relevé que le recourant s'était montré très volontaire et désireux d'avoir une activité professionnelle compatible avec son état de santé et ses limitations. Quant au Dr K_____ qui a examiné le recourant quelques semaines après la fin du stage COPAI, il a confirmé les conclusions de celui-ci concernant l'activité que pourrait exercer le recourant et a précisé que le montage orthopédique entraînait des limitations significatives et entravait la plupart des activités demandant une mobilité normale de la tête et du cou. Il est vrai, comme le fait valoir l'OAI, que d'après la jurisprudence, les constatations faites à l'occasion d'un COPAI sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs, et notamment par les plaintes du recourant. A cet égard, la Cour de céans constate tout d'abord que les responsables des EPI ont retenu des limitations fonctionnelles similaires à celles résultant du rapport du CEMed, le recourant ayant notamment besoin, d'une part, de mobilité et d'une alternance des positions et d'autre part, d'une adaptation du plan de travail pour tenir compte de l'absence de mobilité de la tête. Ils ont toutefois considéré que ces limitations fonctionnelles associées aux faibles capacités d'adaptation, d'apprentissage et d'intégration sociale du recourant - soit notamment une faible autonomie de réflexion, un manque de continuité dans l'attention, une faible capacité de raisonnement et d'abstraction - ne lui permettaient pas de se réintégrer dans le circuit ordinaire du travail. Il n'apparaît pas, à la lecture du rapport des EPI, que les limitations fonctionnelles aient été secondaires par rapport aux facteurs

A/2151/2012 - 18/24 - personnels du recourant ou encore que ces facteurs personnels aient été influencés par des éléments subjectifs. Il sera également précisé que la lenteur du rythme de travail, l'insuffisance de rendement ou encore la faiblesse de tonus étaient à attribuer, d'après eux, aux capacités physiques limitées du recourant. En outre, les maîtres de réadaptation ont déterminé que le recourant se montrait très volontaire et désireux d'entreprendre une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dès lors, rien ne permet de retenir que les constatations des EPI sont de nature essentiellement subjectives, que leurs conclusions ont été influencées par des éléments de cet ordre ou encore que le recourant n'était pas motivé. Pour le surplus, le fait que le Dr K_____ a mentionné les plaintes du recourant dans son rapport succinct, lesquelles doivent être prises en considération par le corps médical, n'est pas susceptible de remettre en cause cette conclusion. Il convient ainsi de retenir que les renseignements recueillis dans le cadre de l'observation professionnelle complètent de manière appropriée les données médicales du CEMed, en exposant concrètement que le recourant ne pouvait plus mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire du travail, mais uniquement au sein d'un atelier protégé, par exemple aux EPI. Les conclusions du COPAI seront dès lors suivies. Qui plus est, le rapport du CEMed met en exergue des limitations fonctionnelles liées à la colonne cervicale qui étaient plus importantes que celles qui avaient été retenues par les médecins de la CRR en septembre 2007. Cela a d'ailleurs été confirmé par les EPI, qui retiennent notamment que la limitation très importante de la mobilité de la tête, demandant une adaptation du

poste de travail, ainsi que l'alternance des positions étaient contraignantes pour l'exercice d'une activité. Dès lors, eu égard au rapport des EPI, les activités qui avaient été considérées, en septembre 2007, comme adaptées à l'état de santé du recourant - soit celle de magasinier ou l'activité dans l'entretien de vélos notamment - n'étaient à l'évidence plus exigibles du recourant. En conséquence, il convient de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé du recourant s'est péjoré dès le 9 juin 2010 en tous les cas - date du deuxième et dernier examen du CEMed - en ce sens que le recourant était à ce moment-là déjà limité de manière plus importante dans ses gestes et les activités qui étaient exigibles de lui que durant le mois de septembre 2007. Pour le surplus, dès lors que les conclusions des EPI doivent être suivies, il n'est pas utile d'entendre les maîtres de réadaptation des EPI ou le Dr K_____, comme requis par le recourant, ou encore les Drs B_____, C_____ ou H_____, ceux-ci n'étant notamment pas en mesure de déterminer concrètement, comme l'ont fait les EPI, les activités que le recourant pouvait exercer sur le marché du travail.

A/2151/2012 - 19/24 - Cependant, il peut être conseillé au recourant de prendre contact avec le Dr B_____ pour un examen et un éventuel traitement, comme requis par les médecins du CEMed, ce qu'il aurait d'ailleurs déjà pu faire dès la réception de l'expertise du CEMed et sur conseil de son médecin traitant. 9. Reste à se déterminer sur le degré d'invalidité du recourant et sur son droit à une rente d'invalidité, en fonction des différentes périodes qui entrent en ligne de compte. a) En vertu de 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 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. b) De plus, en vertu de l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), 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. c) Par ailleurs, l'art. 29bis RAI dispose que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi. On est en présence d'une reprise de l'invalidité si les trois conditions suivantes sont remplies: l'atteinte ayant valeur d'invalidité qui a donné naissance au droit s'est réactivée et provoque une invalidité ouvrant de nouveau le droit à une rente; la rechute survient dans les trois ans qui suivent la suppression de la rente précédemment versée; et la nouvelle incapacité de gain ouvrant le droit à une rente a une durée minimale de 30 jours consécutifs. Lorsqu'on est en présence d'une reprise de l'invalidité, la rente peut être allouée immédiatement, sans qu'il soit nécessaire de faire courir un nouveau délai d'attente. Le niveau de la nouvelle rente à allouer est déterminé en fonction de l'incapacité de travail moyenne pendant le

A/2151/2012 - 20/24 - délai d'attente précédemment écoulé et de l'incapacité de gain subsistant après la reprise de l'invalidité (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance- invalidité - CIIAI - valable à partir du 1er janvier 2013, ch. 4003ss). d) L'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer l'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 exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail. 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). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 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 non publiés du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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'Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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 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

A/2151/2012 - 21/24 - 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; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). 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). 10. a) En l'espèce, le recourant a présenté une totale incapacité de travail dans toutes les activités lucratives du 15 juillet 2006 au mois de septembre 2007, de sorte que durant cette période son degré d'invalidité est de 100%. Cela n'est pas contesté par les parties. b) S'agissant de la période courant du mois de septembre 2007 au 9 juin 2010, le recourant pouvait exercer à plein temps une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il sera précisé qu'il convient de se placer en 2007 pour procéder à la comparaison des revenus, attendu que le changement important de la capacité de travail ayant une incidence sur la capacité de gain remonte au mois de septembre 2007 (ATF non publié I 95/07 du 15 février 2008, consid. 5). Le revenu sans invalidité est déterminé en se fondant sur les déclarations du dernier employeur du recourant, lequel a indiqué, en date du 5 juillet 2007, que son revenu mensuel 2007 était de 5'015 francs. Dès lors, son revenu sans invalidité 2007 est de 65'195 fr., comme retenu par l'OAI. En ce qui concerne le revenu d'invalidé, c'est à juste titre que l'OAI s'est basé sur les salaires tels que résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité lucrative depuis le 15 juillet 2006. En outre, le fait qu'il s'est fondé sur le Tableau TA1, ligne totale, niveau de qualification 4 ne peut pas non plus être remis en cause, le recourant étant susceptible d'exercer plusieurs types d'activités d'après le rapport de la CRR et en tous les cas une activité simple et répétitive. Dès lors, le salaire mensuel à prendre en considération pour l'année 2006 est de 4'732 fr. (cf. ESS 2006). Ce salaire hypothétique, calculé sur la base d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, doit encore être annualisé, adapté à l'horaire de travail en 2007, lequel est de

A/2151/2012 - 22/24 - 41.7 heures (cf. Tableau « durée normale de travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office fédéral de la statistique), ainsi qu'à l'indice suisse des salaires nominaux (ISS 2006 : 2014 et ISS 2007 : 2047). On obtient ainsi un revenu annuel de 60'167 fr. 30. En outre, l'OAI a retenu un abattement de 10%, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. En l'absence de réalisation des autres critères, la Cour de céans ne saurait s'écarter de cette appréciation, laquelle prend suffisamment en considération les limitations fonctionnelles du recourant. Ainsi, avec un abattement de 10%, le revenu d'invalidé 2007 du recourant est de 54'150 fr. 55. Partant, son degré d'invalidité est de 17 % $((65'195 - 54'150.55) \times 100 / 65'195)$, taux n'ouvrant pas de droit à une rente. Pour le surplus, même si on tenait compte d'une diminution de rendement de 20%, telle que retenue par l'OAI et par les médecins du CEMed, le degré d'invalidité auquel on parviendrait - 34% - ne permettrait pas au recourant de percevoir une rente d'invalidité. Dès lors, les conditions de la révision du droit à une rente entière d'invalidité sont réalisées et cette rente doit être supprimée. c) Pour ce qui est enfin de la période postérieure au 9 juin 2010, il a été précédemment déterminé que le recourant ne pouvait être actif que dans un atelier protégé. La comparaison des revenus se fait durant l'année 2010. Le revenu sans invalidité sera à nouveau déterminé en se fondant sur les déclarations du dernier employeur du recourant. Le revenu annuel 2007 de 65'195 fr. doit être adapté à l'indice suisse des salaires nominaux (ISS 2007 : 2047 et ISS 2010 : 2151), de sorte que le revenu sans invalidité 2010 est de 68'507 fr. 30 $(65'195 \times 2151 / 2047)$. S'agissant du revenu d'invalidé, le recourant pourrait obtenir un revenu annuel de 10'000 fr. au maximum dans le cadre d'une activité en atelier protégé, d'après le courrier des EPI du 17 avril 2013, de sorte qu'il s'agit de son revenu d'invalidé. Le degré d'invalidité du recourant est ainsi de 85% $((68'507.30 - 10'000) \times 100 / 68'507.30)$, taux ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité. Les conditions de la révision sont dès lors à nouveau réalisées en 2010. d) En

résumé, le degré d'invalidité du recourant a évolué de la manière suivante : 100% du 16 juillet 2006 au mois de septembre 2007, 19% du mois de septembre 2007 au 9 juin 2010 et 85% depuis lors.

A/2151/2012 - 23/24 - Le délai de carence d'une année arrivant à échéance en juillet 2007, le recourant a droit à une rente entière depuis le 1er juillet 2007 (29 LAI) et ce jusqu'au 31 décembre 2007 (art. 88a al. 1 RAI), date à laquelle le droit à une rente s'éteint, eu égard à son degré d'invalidité inférieur à 40%. En outre, dès le 9 juin 2010, le recourant présente à nouveau un degré d'invalidité de 85%, lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Il sera précisé que les atteintes aux cervicales dont souffre le recourant ayant déjà donné lieu à une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 décembre 2007 et la nouvelle incapacité de gain en découlant étant intervenue dans les trois ans suivant la suppression de la rente précédemment versée et ayant manifestement duré plus de 30 jours, le recourant a immédiatement droit, dès le 9 juin 2010, à une rente entière d'invalidité (art. 29bis RAI).

11. Par conséquent, le recours doit être partiellement admis et la décision de l'OAI réformée, en ce sens que le recourant a droit, dès le 9 juin 2010, à une rente entière d'invalidité. Vu l'issue du litige, une indemnité de 2'500 fr. sera allouée au recourant à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 de la loi genevoise sur la procédure administrative ; LPA - E 5 10). De plus, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour de céans étant soumise à des frais de justice, un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI et 89H al. 4 LPA).

A/2151/2012 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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