

GE_GERICHTE ATAS/851/2014 vom 8. Juli 2014

GE Cour de justice, 2014-07-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_851_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/851/2014 du 8 juillet 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/851/2014 del 8 luglio 2014

Erwägungen

E. 8

Par rapport du 3 février 2010, le Dr C_____ a attesté que l'assuré présentait des douleurs cervicales récurrentes, déclenchées par des efforts physiques intenses ou répétés, avec parfois des irritations des racines nerveuses pouvant occasionner des troubles sensitifs des membres supérieurs. Ces troubles étaient causés par des discopathies cervicales dégénératives étagées qui prédominaient en C5-C6 et C6-C7 avec un rétrécissement du canal cervical. Le traitement en cours consistait en la prise d'anti-inflammatoires et le suivi de séances de physiothérapie.

E. 9

Le 23 mars 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, mentionnant être en incapacité totale de travail depuis le 7 décembre 2009. Il a noté être atteint, depuis le mois d'octobre 2006, d'arthrose cervicale C5-C6-C7 et d'arthrose au genou droit. En outre, il présentait un début d'arthrose et des vibrations dans la main droite.

E. 10

En date du 18 juin 2010, le Dr C_____ a attesté que l'assuré présentait des troubles ostéoarticulaires touchant les deux poignets, rendant tout travail de force ou répétitif douloureux. Une activité professionnelle adaptée qui ne sollicitait pas trop les mains et les poignets était donc vivement recommandée.

E. 11

L'OAI a mis en œuvre un stage d'orientation professionnelle aux Etablissements publics pour l'intégration (ci-après EPI) du 6 septembre au 5 décembre 2010, afin de déterminer une activité professionnelle compatible avec l'état de santé de l'assuré et qui corresponde aux intérêts de ce dernier.

A/966/2014 - 4/24 -

E. 12

Par rapport du 15 septembre 2010, le Dr C_____ a relevé que l'état de l'assuré était stationnaire depuis qu'il ne pratiquait plus d'activité manuelle lourde, signalant toutefois une augmentation progressive des douleurs du genou et des poignets sur des troubles dégénératifs discrets. Hormis les mouvements d'extension de la colonne cervicale, l'assuré ne présentait pas de limitations fonctionnelles et sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée impliquant un travail physique léger à modéré. Il a ajouté que les éléments objectifs ne semblaient pas expliquer l'intensité des douleurs dans tous les cas.

E. 13

Le 2 décembre 2010, les EPI ont dressé un bilan à l'issue de la période d'évaluation dans leurs établissements. Il en ressort que l'assuré avait de bonnes capacités visuelles et auditives, qu'il pouvait rester assis toute la journée et se déplacer avec des charges d'un maximum de 15 kg. La position debout statique lui était douloureuse au genou droit et ne pouvait être envisagée sur le long terme. Son manque de sensibilité aux pouces et sa difficulté à serrer des objets se dégradaient lors de mouvements répétitifs. Les gestes de ses membres supérieurs étaient assez lents. Son meilleur rendement avait été de 67%, alors que sa moyenne était de l'ordre de 60%. L'assuré avait une bonne mémoire, maîtrisait bien le français et les mathématiques de base, était autonome et s'intégrait facilement dans un milieu professionnel inconnu. Il se comportait de manière adéquate et respectait les règles établies. Selon les conclusions intermédiaires du bilan, l'assuré présentait des capacités compatibles avec un emploi à plein temps permettant une alternance des positions, avec un rendement de 80%, et ce dans le circuit économique normal. L'assuré devait éviter les gestes répétitifs avec ses membres supérieurs, ne pas porter des charges supérieures à 15 kg et ne pas effectuer de travaux en hauteur. Ont alors été retenues les orientations d'employé de bureau et de dessinateur DAO (dessin assisté par ordinateur) dans le secteur du bâtiment, lesquelles nécessitaient des formations préalables. Par la suite, un stage pratique de douze mois en entreprise était préconisé.

E. 14

L'OAI a octroyé diverses mesures de reclassement professionnel à l'assuré. Ce dernier a ainsi suivi des cours en informatique, français et arithmétique, du

E. 17

Par rapport du 20 mars 2012, le Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne et nouveau médecin-traitant de l'assuré, a posé les diagnostics, avec effets sur la capacité de travail, de cervicobrachialgies droites, d'épicondylite du coude droit et de douleurs de surcharge de la main droite depuis 2006. Il a signalé, à titre de diagnostic sans répercussion sur ladite capacité, une œsophagite peptique avec des ulcères antraux depuis 2005. Il a notamment joint à son rapport les pièces suivantes : - un rapport du 30 janvier 2010 du Dr H_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, lequel a diagnostiqué un syndrome radiculaire C7 droit ; - un rapport du Dr I_____, radiologue, établi le 20 mai 2010 suite à une radiographie des poignets réalisée la veille. Cet examen n'a révélé ni anomalie de structure, ni lésion traumatique des pièces osseuses. Il n'y avait pas non plus d'arthropathie objectivable ni de calcification des parties molles ; - un rapport de la Dresse D_____ suite à une IRM cervicale du 4 février 2010, aux termes duquel les nouvelles images apparaissaient sans modification significative par rapport à celles de l'examen comparatif du 12 mars 2007.

E. 18

Le Dr J_____, spécialiste FMH en radiologie, a rendu un rapport le

E. 23

En date du 5 novembre 2012, l'OAI a communiqué à l'assuré le nom des experts et lui a indiqué qu'il pouvait faire valoir des motifs de récusation à leur encontre dans les dix jours.

E. 24

Le 4 juin 2013, le Centre d'expertises médicales de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après CEM) a rendu un rapport d'expertise, lequel est signé par les Dresses

M_____ et N_____, spécialistes FMH en médecine interne, et le Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (ci- après les experts). Ce document est notamment basé sur un examen de médecine interne effectué le 13 novembre 2012, ainsi que sur des consultations spécialisées, réalisées le

E. 28

Par courrier du 16 octobre 2013, l'assuré, par le biais d'un mandataire, a contesté les conclusions du rapport d'expertise, considérant que les experts avaient surévalué sa capacité de travail. Il a également relevé qu'aucun document ne mentionnait le type d'activité « adaptée » à son état de santé. Il a produit un certificat médical établi le 9 juillet 2013 par le Dr G_____, selon lequel il présentait essentiellement des cervico-brachialgies à prédominance gauche dans un contexte dégénératif. A cela s'ajoutaient des douleurs du genou gauche avec un déficit de flexion depuis avril 2013, liées à une atteinte cartilagineuse ulcérée du condyle fémoral interne.

E. 29

Le 31 octobre 2013, l'assuré a complété son opposition et mis en cause la garantie d'indépendance du CEM, dont l'essentiel de l'activité était basé sur les mandats d'expertise confiés par les offices cantonaux de l'assurance-invalidité. Il a également contesté le degré d'invalidité retenu par l'OAI, soutenant que la diminution de rendement de 20% aurait dû être retenue et que le degré d'abattement devrait être fixé à 15% et non 10%, car il avait été déconnecté du monde du travail depuis près de sept ans, présentait de nombreuses limitations

A/966/2014 - 10/24 - fonctionnelles et ne pouvait exercer qu'une activité légère. Selon lui, le taux d'invalidité était de 49.4%.

E. 30

Par rapport du 10 juillet 2013, le Dr S_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a constaté que le genou droit de l'assuré était sec, stable, d'amplitude articulaire complète. Le compartiment interne était sensible à la palpation avec des tests méniscaux non conclusifs et il n'y avait pas de symptomatologie rotulienne. A gauche, il n'y avait ni épanchement, ni instabilité, ni kyste poplité. En conclusion, il n'y avait rien d'autre à faire qu'une physiothérapie afin de récupérer une tonicité musculaire et des amplitudes articulaires, associées à une chondroprotection.

E. 31

La Dresse L_____ a rendu un nouvel avis le 25 février 2014 et conclu que les éléments médicaux produits dans le cadre du droit d'être entendu ne montraient pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré, de sorte que le rapport final du SMR du 27 juin 2013 conservait sa validité.

E. 32

Par décision du 26 février 2014, reçue par le recourant le 4 mars 2014, l'OAI a confirmé son projet du 18 septembre 2013 et nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. L'OAI considérait qu'un consensus sur l'identité de l'expert avait été trouvé au moment de l'expertise, l'assuré n'ayant alors pas soulevé d'objection à l'encontre des experts. La divergence d'appréciation concernant la diminution de rendement de 20% retenue par les experts était déjà expliquée dans le rapport du SMR, ce dernier

estimant que les éléments produits dans le cadre de la procédure d'audition ne permettaient pas de revoir son appréciation initiale. Quant à la réduction complémentaire sur le revenu indiqué par le barème statistique, l'éloignement du marché du travail n'était pas un facteur induisant une diminution du salaire et la restriction de port de charge n'était pas formellement retenue par le SMR. Enfin, l'examen du droit aux mesures professionnelles était terminé, les mesures de reclassement déjà octroyées devant permettre à l'assuré de rétablir sa capacité de gain.

E. 33

Par acte du 2 avril 2014, l'assuré a formé recours contre la décision précitée, concluant, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition de son médecin- traitant et à la mise en œuvre d'une contre-expertise médicale pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et de neurochirurgie par des médecins indépendants, et principalement, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une demi-rente avec effet au 1er septembre 2010. A l'appui de son écriture, le recourant a en substance invoqué qu'il n'avait pas eu l'occasion de se déterminer sur le choix des experts car il avait uniquement été invité à se présenter, sans autre, dans le cadre de l'expertise. Il a soutenu ensuite que les conclusions de l'expertise du 4 juin 2013 étaient contradictoires. Selon lui, au vu de la longue liste des limitations fonctionnelles qui concernaient tant les membres supérieurs que les membres inférieurs, les conclusions des experts apparaissaient incompréhensibles en tant qu'elles retenaient une capacité de

A/966/2014 - 11/24 - travail de 100%, et ce même dans une activité adaptée. Ces contradictions entre les nombreuses limitations fonctionnelles et leur impact sur la capacité de travail laissaient penser que les experts avaient manqué d'impartialité. Le recourant a également fait grief à l'intimé de ne pas avoir reporté la diminution de rendement qui avait pourtant été fixée à 20% par les experts. Il a rappelé à cet égard que l'IRM du 23 avril 2012 avait démontré qu'il subissait une aggravation par rapport à celle du 4 février 2010, de sorte qu'il était erroné de s'arrêter à une comparaison en 2013. En outre, il n'y avait aucune raison objective de suivre uniquement la position du rhumatologue et non celle du neurologue. Le recourant a également soutenu que le degré d'abattement devrait être fixé à 20% et non à 10%. Il a rappelé à cet égard qu'il était déconnecté du monde du travail depuis plus de sept ans et que sa formation de type ouvrier était difficilement compatible avec une activité légère telle que prescrite par les médecins. Ainsi, il convenait de tenir compte d'une limitation de rendement de 20% au minimum ainsi que d'un abattement de 20%, de sorte que son degré d'invalidité était de 52.37%. Le recourant a produit un rapport du Dr G_____ du 30 mars 2014, lequel a signalé des cervico-brachialgies prédominantes à gauche et des gonalgies et douleurs articulaires diffuses sur des troubles dégénératifs. Il a précisé que l'état clinique du recourant s'était péjoré depuis 2012, en particulier au niveau des genoux. Il a conclu que l'ensemble des plaintes pourrait sans doute être compatible avec une activité professionnelle adaptée aux handicaps avec un rendement très certainement diminué.

E. 34

Dans sa réponse du 6 mai 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée au motif notamment que le rhumatologue avait retenu, dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire du 4 juin 2013, que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans baisse de rendement. Il a rappelé l'avis du SMR du 27 juin 2013 selon lequel la diminution de

rendement de 20% avait été proposée par le neurologue pour des motifs rhumatologiques. Concernant le taux d'abattement, il a soutenu que ni la formation d'ouvrier ni le temps passé hors du marché du travail n'était un élément à prendre en considération dans ce cadre. Enfin, les limitations fonctionnelles n'étaient pas importantes et ne justifiaient pas à elles seules une réduction plus conséquente.

E. 35

En date du 2 juin 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions.

E. 36

Copie de ce courrier a été adressée à l'intimé le 5 juin 2014 et la cause 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre

A/966/2014 - 12/24 - 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 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). 3. 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, 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 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 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 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 26 février 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, 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). 4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA; RSG E 5 10]). 5. L'objet du litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé le droit du recourant à une rente suite à sa nouvelle

demande de prestations

A/966/2014 - 13/24 - déposée le 23 mars 2010, étant rappelé que le droit à la rente a été initialement nié par décision du 19 août 2009, entrée en force. 6. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201] ; ATF 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références). Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011). 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a en revanche 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités ; sur les motifs de révision en particulier: Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

A/966/2014 - 14/24 - 7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique 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). 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). 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). 8. 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 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,

A/966/2014 - 15/24 - 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). 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 des assurances 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. 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).

A/966/2014 - 16/24 - 10. En l'espèce, il convient de se déterminer en premier lieu sur la valeur probante du rapport d'expertise du 4 juin 2013, étant rappelé que les parties ne contestent ni les diagnostics ni les limitations fonctionnelles retenues dans ce document. Le recourant s'oppose en revanche aux conclusions du rapport relatives à sa capacité de travail, estimant que celle-ci a été surévaluée. Il allègue que les nombreuses restrictions mentionnées par les experts ne sont pas compatibles avec une capacité de travail à 100%, et ce même dans une activité adaptée. 11. La chambre de céans observe que le rapport du CEM est basé sur une anamnèse et une analyse complètes du dossier, lequel comportait tous les rapports et documents radiologiques pertinents. L'état de santé du recourant a fait l'objet d'exams approfondis et des investigations complémentaires ont été requises, à savoir une IRM et un ENMG. Les plaintes du recourant ont été prises en compte et les spécialistes ont procédé à une discussion et à une appréciation du cas détaillées. Ils ont clairement défini les limitations fonctionnelles et se sont prononcés sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée aux restrictions retenues. Leurs conclusions, dûment motivées, apparaissent des plus convaincantes. S'agissant des restrictions, il sied encore de relever qu'elles concernent avant tout les tâches impliquant des extensions et rotations répétées de la colonne cervicale, ainsi que la nécessité de pouvoir changer de position toutes les heures. Elles représentent en fait des mesures classiques d'épargne en vue d'éviter les douleurs provoquées par les atteintes. Seuls les travaux lourds doivent être évités, les activités légères et modérées n'étant pas proscrites. Le port de charge n'est contre-indiqué qu'au-delà de 10 kg et de manière répétée. La marche doit également être évitée, mais seulement si elle est prolongée et en particulier sur un terrain irrégulier. Les montées et descentes d'escaliers sont possibles, mais pas de façon répétée. Ces limitations n'apparaissent pas d'une importance telle qu'elles seraient inconciliables avec l'exercice d'une activité lucrative à temps complet. En outre, la chambre de céans rappelle que les conclusions des experts rejoignent celles des EPI, où il a été observé que le recourant présentait des capacités compatibles avec un emploi à temps plein, avec un rendement de 80%, le recourant devant alterner les positions pour soulager son dos et ses genoux (rapports des 2 décembre 2010 et 4 janvier 2012). De même, le Dr C_____ a considéré que

la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée impliquant un travail physique léger à modéré (rapport du 15 septembre 2010). Quant au Dr G_____, il a conclu dans son dernier rapport que l'ensemble des plaintes pourrait sans doute être compatible avec une activité professionnelle adaptée aux handicaps, avec un rendement très certainement diminué (rapport du 30 mars 2014). Aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des conclusions de l'expertise. En particulier, les pièces produites par le recourant, notamment les rapports médicaux concernant ses gonalgies, ne remettent pas en cause les conclusions des experts. Le recourant ne prétend au demeurant pas que ceux-ci

A/966/2014 - 17/24 - auraient ignoré des éléments objectivement vérifiables dans le cadre de leur examen. Il n'établit pas non plus en quoi des activités simples, telles que des tâches de vérification ou de contrôle, lesquelles permettraient l'alternance des positions, ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans constate que le rapport du 4 juin 2013 remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il n'est donc nul besoin de procéder à une instruction complémentaire, comme requis par le recourant. Aussi, force est-il de conclure que les limitations retenues par les experts sont parfaitement compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle à 100%. 12. Dans un autre moyen, le recourant invoque qu'il n'a pas pu se déterminer sur le choix des experts et met en cause la garantie d'indépendance du CEM, au motif que l'essentiel de son activité est basé sur les mandats d'expertise confiés par les offices cantonaux de l'assurance-invalidité. a. Il est rappelé à cet égard que l'art. 72bis RAI prévoit que les expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention. Le Tribunal fédéral a jugé que la limitation de l'attribution des mandats d'expertise selon le principe aléatoire aux expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales selon l'art. 72bis RAI est conforme au droit (ATF 139 V 349 consid. 2.2 et 5.4). L'acte par lequel l'assureur social ordonne une expertise n'a pas le caractère de décision au sens de l'art. 49 LPGA et intervient sous la forme d'une communication (ATF 132 V 93 consid. 5). En revanche, lorsque l'assuré, dans le cadre des droits conférés par l'art. 44 LPGA, fait valoir des motifs de récusation au sens des art. 36 al. 1er LPGA et 10 PA – dispositions relatives à la récusation des personnes appelées à préparer ou prendre des décisions, applicables mutatis mutandis –, l'administration doit rendre une décision directement soumise à recours (ATF 132 V 93 consid. 6). Selon la jurisprudence rendue en matière de récusation d'un juge, applicable par analogie à la récusation d'experts judiciaires (ATF 120 V 364 consid. 3a), ainsi qu'aux expertises ordonnées par l'administration (cf. VSI 2001 p. 111 consid. 4a/aa), le motif de récusation doit être invoqué dès que possible, à défaut de quoi le plaideur est réputé avoir tacitement renoncé à s'en prévaloir (ATF 119 Ia 221 consid. 5a ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 105/06 du 12 juin 2007 consid. 3). En particulier, il est contraire à la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour tirer ensuite argument, à l'occasion d'un recours, du motif de récusation alors que celui-ci était déjà connu auparavant (ATF 126 V 303 consid. 1b, publié in SVR 2001 BVG 7 p. 28 et les arrêts cités). b. En l'espèce, le recourant a été dûment informé, par communication du 25 juillet 2012, que le choix du centre d'expertise se ferait selon le principe du

A/966/2014 - 18/24 - hasard, et a été invité à ajouter des questions complémentaires à la liste qui lui était proposée. Le nom des experts lui a été signifié le 5 novembre 2012 et l'intimé lui a alors expressément indiqué qu'il pouvait faire valoir des motifs de récusation

à leur rencontre. A défaut d'avoir fait usage de cette possibilité, le recourant ne saurait, dans le cadre de la présente procédure, remettre en cause le choix des experts. En conclusion, la désignation du CEM selon le principe aléatoire et le choix des experts ne sont pas contestables. 13. Le recourant soutient que l'intimé aurait dû prendre en considération une diminution de rendement de 20%. L'intimé quant à lui invoque à cet égard que le SMR a considéré, dans ses avis des 27 juin 2013 et 25 février 2014, que cette baisse était « proposée par le neurologue » pour des motifs rhumatologiques, de sorte qu'il conviendrait plutôt de se conformer à l'avis du rhumatologue. La chambre de céans relève toutefois que la diminution de rendement de 20% n'a pas été « proposée par le neurologue », mais a été retenue d'entente par les experts, afin de prendre en compte l'ensemble des limitations fonctionnelles présentées par le recourant, et en particulier la nécessité de pouvoir alterner les positions chaque heure. Les experts ont ainsi conclu, en consilium, au vu des différentes atteintes à la santé et de leur influence sur la capacité de travail, qu'une baisse de rendement de 20% devait être prise en considération, d'un point de vue rhumatologique et neurologique. Leurs conclusions, dûment motivées et convaincantes, sont du reste identiques à celles des EPI (rapports des 2 décembre 2010 et 4 janvier 2012). Rien ne permet de douter du bien-fondé des conclusions des experts relatives au rendement du recourant, de sorte qu'une diminution de 20% doit être retenue. 14. Il s'agit à ce stade d'examiner si la situation du recourant a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à la rente, étant rappelé que cette dernière 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. L'intimé a, par une première décision du 19 août 2009 entrée en force, refusé au recourant l'octroi d'une rente au motif que le degré d'invalidité était insuffisant. Les atteintes dont il souffrait ne lui permettaient plus d'exercer son activité habituelle depuis le 14 février 2007, mais l'exercice d'une activité adaptée à 100% était exigible depuis cette date. L'intimé s'était alors fondé sur l'avis du SMR du 13 mars 2009, lequel se référait aux rapports établis par le médecin-traitant. Celui-ci avait diagnostiqué des dégénérescences discales C5-C6 et C6-C7 ayant une répercussion sur la capacité de travail, et avait signalé un status après une contusion ostéochondrale du condyle fémoral externe du genou droit et un status après des épicondylites des deux coudes, ces deux status n'ayant aucun effet sur ladite capacité. L'assuré ne pouvait pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, ni

A/966/2014 - 19/24 - monter sur une échelle ou un échafaudage, ni enfin porter ou soulever des charges de plus de 15 kg près du corps, 5 kg loin du corps. Les activités variant les positions ou uniquement en position assise ou debout étaient en revanche possibles (rapport du Dr C _____ du 9 mars 2009). Suite à la seconde demande de prestations déposée par le recourant le 23 mars 2010, l'intimé a procédé à une instruction médicale approfondie. Les experts ont retenu, à titre de diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, des cervicobrachialgies chroniques, prédominant à gauche, avec une spondylarthrose C5-C6 et C6-C7, ainsi qu'une composante somatoforme (M47.82), et des gonalgies bilatérales, non spécifiques, dans un contexte de discrets signes d'arthrose fémoro-patellaire à l'IRM au genou droit (M17.1). La chambre de céans constate que la question de savoir si le recourant a subi une modification sensible de son état de santé peut rester ouverte, dès lors qu'il résulte clairement du dossier de la cause que les atteintes dont il souffre ont des conséquences sur sa capacité de gain, laquelle a manifestement subi un changement important. En effet, au moment de la décision initiale du 19 août 2009, le recourant

présentait une pleine et entière capacité de travail, sans qu'une quelconque diminution de rendement ne soit alors évoquée (rapports du Dr C_____ du 9 mars 2009 et du Dr F_____ du 13 mars 2009). Dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, il a été en revanche estimé que, dans une activité professionnelle respectant les restrictions, la capacité de travail du recourant était complète, en considérant toutefois une baisse de rendement de 20% en raison des limitations fonctionnelles. Cette péjoration de la capacité de travail ne saurait être considérée comme une simple nouvelle appréciation du cas. En effet, elle s'explique par des facteurs objectifs, à savoir des limitations fonctionnelles supplémentaires et plus importantes. Il est notamment rappelé qu'au moment de la première décision, le médecin-traitant avait estimé que les activités variant les positions ou uniquement en position assise ou debout étaient possibles (rapport du Dr C_____ du 9 mars 2009), alors que tel n'est indiscutablement plus le cas au moment de la seconde décision, en février 2014. De même, les gonalgies n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail en 2009, alors qu'elles en ont en février 2014. Dans ces circonstances, il appert qu'un motif de révision est donné. 15. Reste à fixer le degré d'invalidité du recourant. 16. a. Selon 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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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

A/966/2014 - 20/24 - 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. b. 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 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). c. 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). d. 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'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/966/2014 - 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 ; Arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on ignore les interactions (ATF 126 V 75 ss). Selon la jurisprudence, une déduction sur le revenu d'invalidité doit être accordée en particulier lorsque la capacité de travail de l'assuré est réduite même pour des travaux de manœuvre peu astreignants. Si en revanche des travaux peu ou moyennement pénibles sont raisonnablement exigibles, cela seul ne justifie pas une déduction même si la capacité de travail est réduite, car le salaire du barème pour le niveau d'exigences 4 comprend déjà de nombreuses activités peu ou moyennement pénibles (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_187/201 du 10 mai 2011). 17. En l'espèce, dans la mesure où le recourant a déposé sa seconde demande de prestations le 23 mars 2010, le droit à la rente a pris naissance le 23 septembre 2010, soit à l'échéance de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations. S'agissant du revenu sans invalidité, il y a lieu de se référer aux renseignements fournis par son ancien employeur. Ce dernier a indiqué à l'intimé, par courriel du 2 juin 2009, que le recourant aurait perçu un salaire annuel de CHF 82'550.- en 2009 (CHF 6'350.- x 13), montant qui doit être adapté à l'indice suisse des salaires de l'année du début du droit à la rente. Compte tenu des valeurs pour 2009 (2136) et 2010 (2151), le montant déterminant est de CHF 83'129.70 (82'550.- x 2151: 2136). Concernant le revenu avec invalidité, dans la mesure où le recourant n'exerce pas d'activité lucrative, il y a lieu de se référer aux statistiques salariales. 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 celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (RAMA 2001 n° U 439 p. 347), à savoir CHF 4'901.- par mois (tous secteurs confondus) - valeur en 2010 - part au 13ème salaire comprise (ESS 2010, tableau TA1, niveau de qualification 4), soit CHF 58'812.- par année. Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en

A/966/2014 - 22/24 - 2010 (41.6 heures; La Vie économique, 1/2 - 2010, tableau B9.2), ce montant doit être porté à CHF 61'164.50 (CHF 58'812.- x 41.6 heures : 40 heures) pour un plein temps. Eu égard à la diminution de rendement retenue dans le rapport du 4 juin 2013, une réduction de 20% doit être opérée, de sorte qu'il est de CHF 48'931.60. Enfin, le recourant soutient qu'un taux d'abattement de 20% est justifié car il a été éloigné du monde professionnel depuis sept ans et sa formation de type ouvrier est difficilement compatible avec une activité légère telle que prescrite par l'intimé. La chambre de céans rappelle toutefois qu'il a bénéficié de nombreuses mesures mises en œuvre par l'intimé. Il a ainsi suivi un stage d'orientation professionnelle de trois mois aux EPI en 2010, à l'issue duquel l'orientation de dessinateur DAO a été privilégiée car elle était compatible avec son état de santé et correspondait à ses intérêts. Le recourant a participé à des mesures de reclassement professionnel et a suivi des cours en informatique, français et arithmétique, pendant quelques semaines et une formation spécialisée qui lui a permis d'obtenir le certificat de formation continue de CAO. Il a également réalisé un stage de plus de deux mois dans une entreprise d'ingénieurs-conseils en hydraulique et gaz. Etant encore observé qu'il est apte à travailler à temps complet, avec une diminution de rendement de 20%, que seuls des travaux lourds sont à éviter, qu'il est relativement jeune (47 ans au même de la décision litigieuse) et de nationalité suisse, aucun motif pertinent ne permet à la chambre de céans de substituer son appréciation à celle de l'administration et de reconnaître le droit du recourant à un taux de 20%. Il sied de surcroît de rappeler que l'intimé avait retenu un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. Attendu que ce sont précisément ces limitations qui justifient la diminution de rendement de 20%, ce qui n'est pas contestable, et qu'elles ne peuvent pas être prises en considération deux fois, il convient de conclure qu'aucune déduction supplémentaire ne doit être retenue. Ainsi, le salaire d'invalidé fixé ci-dessus à CHF 48'931.60 compte-tenu d'une diminution de rendement de 20% ne doit pas faire l'objet d'un abattement de 10%. La comparaison du revenu avec et sans invalidité aboutit à un degré d'invalidité de 41% ([CHF 83'129.70 - CHF 48'931.60] : CHF 83'129.70), taux ouvrant le droit à un quart de rente. Cela étant, la chambre de céans attire l'attention du recourant sur le fait que, même si l'on retenait un abattement de 10%, le degré d'invalidité resterait quoiqu'il en soit inférieur à 50% (47% en l'occurrence), de sorte que la solution du litige en serait inchangée. 18. Enfin, il sera rappelé que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées à ses limitations et accessibles sans aucune formation particulière, de sorte que l'intimé pouvait omettre de désigner des activités compatibles avec son état de santé (cf. Arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

A/966/2014 - 23/24 - 19. Partant, le taux d'invalidité retenu par l'intimé (33%) est erroné et doit être fixé à 41%, de sorte que le recourant présente un degré d'invalidité lui ouvrant le droit à une rente. Le recours sera donc partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à un quart de rente dès le 1er septembre 2010. 20. Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 1 LPA). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé.

A/966/2014 - 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.