

GE_GERICHTE A/2735/2011 vom 30. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2735_2011

FR: GE_GERICHTE A/2735/2011 du 30 mai 2012

IT: GE_GERICHTE A/2735/2011 del 30 maggio 2012

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur L _____, domicilié à Genève, représenté par APAS-Association pour la permanence de défense des patients et assurés recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur L _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1955, a effectué l'école primaire et secondaire en Espagne, où il a obtenu son baccalauréat. En Suisse depuis 1979, l'assuré a exercé divers métiers (chauffeur-livreur, nettoyeur). Il s'est inscrit à l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (ci-après OCE) le 1^{er} février 2004 ; un délai-cadre a été ouvert en sa faveur du 1^{er} février 2004 au 13 janvier 2006 et le gain assuré était de 4'004 fr. Dans le cadre du chômage, l'assuré a travaillé en qualité d'employé de maintenance pour l'association REALISE à Genève. En janvier 2006, l'assuré a présenté une décompensation cardiaque qui a nécessité une hospitalisation et un arrêt de travail à 100 % dès le 29 mai 2006. Dans un rapport du 14 juin 2006, les Drs A _____, médecin interne, et B _____, chef de clinique, Département de médecine interne des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), ont diagnostiqué une fibrillation auriculaire paroxystique dans le contexte d'un syndrome inflammatoire d'origine probablement pulmonaire, ayant nécessité une hospitalisation du 29 mai au 10 juin 2006. Les médecins ont relevé de nombreuses comorbidités, dont une diminution de la tolérance au glucose, une fibrillation auriculaire anti coagulée et une cirrhose d'origine mixte (métabolique) avec splénomégalie, sans varice œsophagienne. Le 30 août 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ (ci-après l'OAI ou l'intimé) visant à l'octroi d'une rente. Le Dr C _____, du Centre médico-chirurgical des Eaux-Vives (CMEV), médecin traitant, a établi un rapport à l'attention de l'OAI en date du 26 septembre 2006. Il a retenu les diagnostics suivants, avec répercussions sur la capacité de travail : status post décompensation cardiaque en janvier 2006, diminution de la tolérance au glucose, fibrillation auriculaire anti coagulée, cirrhose hépatique mixte /métabolique, OH) avec splénomégalie, sans varice œsophagienne, hypertension artérielle, status post ulcère bulbaire, insuffisance veineuse des membres inférieurs et status post opération de varices en octobre 2005. L'activité de nettoyeur n'était plus exigible. Le patient présentait les limitations suivantes : il devait éviter la position à genou, accroupie, l'inclinaison du buste, de lever ou de porter des charges supérieures à 5 kg, les horaires de travail irréguliers, le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Dans une activité adaptée, le médecin traitant évaluait la capacité de travail à 50 % dès le 1^{er} octobre 2006 au plus tôt. Dans un rapport du 28 septembre 2006, le Dr C _____ a signalé un conflit sous-acromial de l'épaule droite. Dans une note du 23 février 2007, le Service médical régional AI (SMR) a retenu une incapacité de travail de 100 % depuis le 29 mai 2006 dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, de type sédentaire ou semi-sédentaire,

respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail était totale, sans diminution de rendement, depuis le 1^{er} octobre 2006. Par décision du 11 juillet 2007, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles, au motif que le degré d'invalidité de l'assuré, après comparaison des gains, s'élevait à 14,1 %. Le 5 septembre 2007, l'assuré, représenté par son mandataire, a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, reprochant en substance à l'OAI de n'avoir pas instruit le dossier du point de vue médical. Il concluait à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles. Il a produit un rapport du Dr D _____, spécialiste FMH en médecine générale, daté du 5 octobre 2007, mentionnant notamment un diabète insulino-traité et attestant d'une incapacité de travail totale depuis le 29 mai 2006. Dans un rapport du 19 octobre 2007, le Dr D _____ a précisé que les limitations physiques du patient étaient essentiellement liées à un essoufflement au moindre effort en relation avec une obésité morbide, une pathologie cardiaque et des œdèmes des membres inférieurs extrêmement importants. L'OAI, après avoir pris connaissance des pièces, a proposé une instruction complémentaire sous forme d'une évaluation globale de l'état de santé de l'assuré. Par arrêt du 20 février 2008 (ATAS/188/2008), le TCAS a annulé la décision et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. L'OAI a mandaté le Centre d'expertise médicale de Genève (ci-après CEMed), lequel a rendu son rapport en date du 5 décembre 2008. L'assuré a été examiné le 27 août 2008 par la Dresse E _____, spécialiste FMH en médecine physique, et la Dresse F _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le 10 septembre 2009 par le Dr G _____, spécialiste FMH en cardiologie, et le 15 septembre 2009 par le Dr H _____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réadaptation. Les experts relèvent que l'assuré a été hospitalisé à plusieurs reprises pour des décompensations cardiaques et diabétiques. Il souffre d'une cirrhose hépatique de stade Child B en relation avec une consommation chronique d'alcool, actuellement fortement réduite, et le diabète. La cirrhose est responsable d'un hypersplénisme avec thrombopénie et anémie. Le patient présente en outre une insuffisance veineuse des membres inférieurs qui a fait l'objet d'une opération des varices en 2005, une obésité morbide, une tachypnée et une tachycardie. La mobilité lombaire et de l'épaule droite est discrètement diminuée, la palpation des chevilles est douloureuse. L'examen neurologique parle en faveur d'une polyneuropathie diabétique. Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a diagnostiqué aucune pathologie psychiatrique. La consommation d'alcool était bien contrôlée et restait modérée, le diabète était bien contrôlé. L'assuré a cependant été hospitalisé du 22 juin au 2 juillet 2008 aux HUG pour une décompensation diabétique dans un contexte d'augmentation de la consommation d'alcool. La cirrhose hépatique contribue à la fatigue et à la rétention d'eau. Sur le plan cardiologique, l'expert a constaté que la situation était parfaitement stabilisée, il n'y avait aucun signe d'insuffisance cardiaque. L'assuré ne présentait pas de limitation sur le plan cardiologique. Les experts ont retenu les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail : un diabète de type II traité par insuline depuis 2007, une cirrhose Child B avec hypersplénisme, thrombopénie et hypoalbuminémie, une anémie d'origine mixte, une insuffisance veineuse des membres inférieurs, une obésité morbide, des douleurs de la cheville gauche d'origine multifactorielle et une périarthrite scapulo-humérale de l'épaule droite. Concernant les limitations fonctionnelles, en raison d'une fatigabilité accrue et des troubles ostéoarticulaires, l'assuré ne peut plus effectuer des travaux modérés à lourds, ni monter ou descendre des escaliers à répétition, ni porter des charges au-delà de 5 kilos.

Selon les experts, l'activité de nettoyeur n'est plus exigible. L'incapacité de travail existe depuis le 29 mai 2006, date de la décompensation cardiaque. Dans une activité adaptée, de type sédentaire avec un port de charges maximum de 5 kilos et respectant les limitations fonctionnelles (pas d'utilisation d'escaliers de façon répétitive, possibilité de changer de position et de surélever les jambes occasionnellement, repas à heures régulières et possibilité d'effectuer des glycémies capillaires, pas d'exposition à des risques de blessure ou à des risques de chute en raison d'un traitement anticoagulant), la capacité de travail de l'assuré est de 4 heures par jour. L'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire a relancé l'OAI les 29 janvier, 31 mars et 11 mai 2009, sollicitant une décision. Dans un avis médical du 4 février 2009, le Service médical régional AI (SMR), sous la plume du Dr I _____, FMH en médecine interne, retient une incapacité de travail de 100 % dans l'activité de nettoyeur depuis le 26 mai 2006 et de 50 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, soit 4 heures par jour sans diminution de rendement, depuis le 10 août 2006, soit deux mois après sa sortie de l'hôpital cantonal. Les mesures exigibles à transmettre à l'assuré sont les suivantes : abstinence alcoolique, perte de poids et réentraînement à l'effort. En nota bene, le médecin du SMR relève que dans la mesure où l'atteinte à la santé résulte de l'alcoolisme, il est nécessaire de communiquer à l'assuré que toute aggravation de son état de santé sera examinée selon l'abstinence qu'il aura ou non instaurée. A l'issue de l'entretien du 1 er septembre 2009 avec le service de réadaptation professionnelle, il a été proposé de mettre l'assuré au bénéfice d'une mesure d'observation professionnelle aux ETABLISSEMENTS PUBLICS POUR L'INTEGRATION (EPI) du 19 octobre 2009 au 31 janvier 2010. Par courrier du 10 décembre 2009 adressé à l'OAI, la mandataire de l'assuré indique qu'il n'a pu suivre la mesure prévue aux EPI en raison d'une hospitalisation du 5 au 20 octobre 2009 suite à une décompensation diabétique. Une nouvelle hospitalisation est prévue du 7 au 11 décembre 2009 et il doit encore subir divers examens médicaux. Pour le surplus, elle relevait que les horaires de l'Unité d'orientation pour adultes des EPI dépassent le temps de travail supportable par son mandant. Sa santé étant très fragile, il est indispensable que les limitations fixées par les experts soient scrupuleusement respectées. Il était possible que les résultats des examens récemment effectués péjorent encore la capacité résiduelle de travail de l'assuré, de sorte qu'une nouvelle évaluation devait être faite sur ce point, afin que les mesures professionnelles envisagées soient adéquates et ne provoquent pas une décompensation. A la demande de l'OAI, le Dr D _____ a établi un rapport médical en date du 29 mars 2010, confirmant l'incapacité de travail de 100 %. Le patient présente notamment une dyspnée au moindre effort, une somnolence, de l'asthme, une boiterie. Le pronostic est défavorable. Le 21 mai 2010, l'assuré informe l'OAI qu'il souffre d'une déchirure du ménisque d'une part, et d'autre part, qu'il a été hospitalisé aux HUG du 27 avril 2010 au 11 mai 2010 à la suite d'un évanouissement à son domicile. Il a communiqué copie du rapport d'IRM et du résumé du séjour des HUG. Par courrier du 29 juin 2010, l'OAI, se fondant sur un avis du SMR du 24 juin 2010, exige que l'assuré s'abstienne de toute consommation d'alcool durant trois mois au moins, après quoi l'aggravation de santé alléguée sera examinée. Un échange de courriers s'en est suivi, le recourant s'interrogeant sur la portée médicale d'une telle injonction ainsi que de sa forme, dès lors qu'il se conformait scrupuleusement à une consommation contrôlée et raisonnable d'alcool conformément aux attentes des médecins des HUG. En outre, les experts du CEMed ont tenu compte, sans la critiquer, d'une consommation contrôlée d'alcool et ont néanmoins conclu à une incapacité de travail de 50 % due aux autres pathologies. La mandataire du recourant a souligné l'état de santé fragile

de l'assuré, déjà relevé par les experts. Elle a requis de l'OAI qu'il statue sur la base de l'expertise de 2008 et que les mesures actuelles en cours soient intégrées dans un processus de révision. Le 7 septembre 2010, le recourant a communiqué à l'OAI un rapport du Dr D _____, du 30 août 2010, certifiant que les hospitalisations à répétition depuis 2006 ne sont liées ni à l'éthylisme, ni à des complications de celui-ci, et que le diabète est particulièrement contrôlé depuis 2008, grâce à une bonne observance du traitement. La capacité de travail est de 0% et l'état de santé peut être évalué immédiatement, sans demander une abstinence alcoolique. Par courrier du 9 mai 2011, l'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire, a mis l'OAI en demeure de rendre une décision d'ici au 9 juin 2011. Dans un rapport non daté, le service de réadaptation professionnelle indique avoir revu l'assuré le 8 février 2011. S'agissant des mesures professionnelles, l'assuré avait indiqué qu'il sera disponible pour un stage après l'hospitalisation prévue en avril, de sorte qu'il a été inscrit pour un stage aux EPI du 30 mai au 28 août 2011. Suite au courrier du mandataire, il a été convoqué en date du 13 mai 2011 afin de clarifier sa demande au sujet des mesures professionnelles. L'assuré a déclaré qu'il lui est impossible de faire un stage, car il ne se sentait pas bien, ni physiquement, ni moralement. Il devait encore voir son cardiologue en août pour décider d'un éventuel électrochoc en septembre, ce qu'il appréhende fortement. Il a également un problème de genou. Pour le surplus, il a déclaré qu'il était abstinent depuis décembre. Le service de réadaptation a procédé à une évaluation théorique de l'invalidité, sur la base de l'avis du SMR du 9 février 2009, et retenu un degré d'invalidité de 53 %. Le 12 juin 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet d'acceptation de rente, selon lequel après comparaison des gains et compte tenu d'un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidité, le degré d'invalidité s'élevait à 53 %, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2007. L'assuré a contesté ce projet, s'agissant notamment de la réduction de 15 % et de l'assertion selon laquelle il aurait estimé qu'il ne pouvait pas participer à l'examen de mesures de reclassement. Par décision du 5 août 2011, l'OAI a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 53 % et lui a octroyé une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2007. Le recourant ayant estimé qu'il ne pouvait pas participer à l'examen de mesures de reclassement, l'intimé a procédé à une comparaison théorique des revenus avec et sans invalidité. Enfin, les divers rapports d'hospitalisations survenues entre octobre 2009 et mai 2010 ont été soumis au SMR ; ce dernier estime que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas dégradé de manière notable et durable depuis l'expertise de 2008. L'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire, interjette recours en date du 19 octobre 2010. Il relève préalablement qu'il ne s'est pas opposé au réentraînement à l'effort, mais que les deux stages prévus n'ont pu être suivis en raison d'hospitalisations à répétition, ce dont on ne saurait lui faire grief. Il s'agissait en effet d'empêchements objectifs, car il était en incapacité de travail à 100 %. Il expose qu'il a perdu du poids, qu'il fait des efforts, que sa consommation d'alcool est diminuée et contrôlée. Le recourant reproche à l'intimé de n'avoir pas précisé quelle activité adaptée était encore exigible sur le marché, compte tenu des limitations retenues par les experts. De plus, ces limitations sont incomplètes, puisqu'elles ne prennent pas en compte l'insuffisance cardiaque qui fait l'objet d'un suivi spécialisé, ni des varices rectales et de la déchirure du ménisque survenue ultérieurement. Compte tenu de ses nombreuses limitations, il n'existe pas d'activité compatible, de sorte qu'il y a lieu de retenir une incapacité totale de travail. Subsidiairement, il conteste le calcul du degré d'invalidité. Etant donné qu'il n'a accès qu'à un nombre de secteurs limité, le salaire de référence avec invalidité doit être revu à la baisse, de 35 % au moins. Par ailleurs, au vu des limitations, de son âge, de l'activité

partielle seule possible, il convient de retenir un abattement de 25 %. Le recourant conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Dans sa réponse du 10 octobre 2011, l'intimé expose avoir soumis au SMR les documents médicaux produits. Par avis du 27 septembre 2011 signé « Dr J _____, FMH en médecine interne », le SMR considère que l'insuffisance cardiaque décrite s'est amendée au vu de l'échographie trans-thoracique du 3 mai 2010. Il n'y a pas d'élément nouveau agissant de manière durable sur la capacité de travail. L'œsophagite par reflux a été traitée lege artis. La déchirure du ménisque impose des limitations fonctionnelles plus strictes au niveau du genou. Pour le surplus, l'intimé estime que l'abattement de 15 % est justifié. Une baisse du salaire d'invalidé ne s'impose pas, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services. Par courrier du 19 octobre 2011, le recourant a conclu à ce que l'avis du SMR soit écarté, motif pris qu'il est anonymisé. Il est en effet indispensable qu'un assuré puisse identifier le médecins qui se prononcent sur son cas, ne serait-ce que pour des motifs de récusation. Interpellé par la Cour de céans quant à cette pratique, le SMR a répondu le 31 octobre 2011 que c'est pour des raisons de sécurité que les médecins ne signent pas par leur nom, mais sous un pseudonyme. Finalement, par courrier du 18 novembre 2011, la Dresse K _____, médecin SMR, responsable groupe Genève, a répondu qu'il n'y avait pas de danger concret in casu et a communiqué l'identité du médecin ayant signé l'avis SMR du 27 septembre 2011, à savoir le Dr Marc I _____.

Le 28 novembre 2011, le recourant fait valoir que le rapport SMR n'est pas recevable, car dans une autre affaire pendante par-devant la Cour de céans, le Dr I _____ avait indiqué qu'« en cas d'appréciation divergente de deux experts de la même spécialité, il est d'usage que l'appréciation la plus favorable à l'OAI soit choisie ». Il apparaît ainsi que de manière usuelle les expertises qui sont soumises au SMR ne sont pas examinées en fonction de leur pertinence propre, mais par le prisme des intérêts les plus favorables à l'intimé. Cet avis médical, contresigné par la Dresse K _____, laisse à penser qu'il ne s'agit pas d'une pratique isolée. Dans son écriture du 18 janvier 2012, l'intimé s'insurge contre le procédé utilisé par la mandataire de l'assuré et indique que la position exprimée par le Dr I _____ ne reflète pas sa pratique. Pour le surplus, dès lors que le nom du médecin a été communiqué, il n'y a aucune raison d'écarter l'avis du SMR. Après communication de cette écriture au recourant, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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 1^{er} 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. Les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, s'appliquent à l'AI, à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 2 LAI). Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). En particulier, les dispositions de la nouvelle du 12 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), et celles de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont régies par ce principe. D'autre part, le juge des assurances sociales doit, en règle générale, apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision

litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références citées). En l'occurrence, les dispositions des 4^{ème} et 5^{ème} révision de la LAI sont applicables dans la mesure de leur pertinence. Interjeté dans le délai et la forme prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10). Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 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). b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (art. 28 al. 1 LAI teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), 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. c) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, 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 a, dans le cas concret, adopté 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 des assurances sociales 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). 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 publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121), que 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. 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). 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). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 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). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

Préalablement, le recourant demande à ce que l'avis du SMR du 27 septembre 2011 soit écarté de la procédure. Toutefois, dans la mesure où le nom du médecin a été communiqué, la Cour de céans ne voit pas de motif d'écarter le rapport SMR. Pour le surplus, le contenu dudit rapport sera examiné à la lumière des critères jurisprudentiels relatifs à la valeur probante des rapports médicaux. En l'espèce, l'intimé a mis en œuvre une expertise interdisciplinaire au CEMed où le recourant a été examiné en août et septembre 2008. Après avoir énuméré les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, les experts ont procédé à l'appréciation du cas. Ils ont relevé que la cirrhose hépatique est responsable d'un hypersplénisme avec thrombopénie et anémie, confirmés par les analyses sanguines effectuées le 22 juin 2008 lors de l'hospitalisation du patient. L'examen neurologique parle en faveur d'une polyneuropathie diabétique. Sur le plan cardiologique, la situation était parfaitement stabilisée. L'expert cardiologue a mis en évidence une parfaite fonction cardiaque et aucun signe d'insuffisance cardiaque ; de ce fait, il ne pose aucune limitation sur le plan cardiologique. La capacité d'effort très réduite de l'assuré provient d'autres causes : fatigue, obésité, déconditionnement musculaire. En raison de la cirrhose, de l'anémie et du diabète, l'assuré présente une fatigabilité accrue. Sur le plan ostéoarticulaire, il présente une périarthrite scapulo-humérale droite, évoluant depuis deux ans de façon chronique avec des signes de conflit sous-acromial, ainsi qu'une surcharge tendineuse prédominante au niveau du sus et sous-épineux. Ce qui limite fortement l'activité de nettoyage. L'insuffisance veineuse des membres inférieurs nécessite une contention veineuse. La situation peut être considérée comme stabilisée. L'état de santé est cependant fragile et peut se décompenser lors de tout événement intercurrent. Il est exigible de l'assuré qu'il s'efforce de perdre du poids, qu'il participe à un programme de réconditionnement musculaire et qu'il utilise une contention veineuse. L'assuré reste apte à effectuer un travail sédentaire durant lequel il a la possibilité de changer de position. Il doit pouvoir manger à heures régulières et faire des glycémies capillaires en cas de nécessité. Il ne doit pas travailler sur des machines dangereuses, ni dans les positions à risque de chute. Le porte de charge est limité à 5- 8 kilos. En conclusion, les experts ont conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité de nettoyeur, qui n'est plus exigible, ce depuis le 29 mai 2006, date de la décompensation cardiaque. Dans une activité adaptée, de type sédentaire, respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 50 % (soit 4 heures par

jour), sans diminution de rendement. La Cour de céans constate que le rapport d'expertise comporte une anamnèse familiale, personnelle, sociale et professionnelle détaillée. Le recourant a fait l'objet d'un examen clinique, d'une évaluation psychiatrique, rhumatologique et cardiologique, ainsi que d'investigations paramédicales. Les experts ont relaté les plaintes du recourant et procédé à une appréciation et discussion du cas. Les diagnostics sont clairement posés et discutés et les limitations fonctionnelles bien décrites. La quantification des limitations de la capacité de travail en termes de présence et de rendement a été décidée par les experts lors d'une conférence de consensus. Enfin, leurs conclusions, fondées sur l'ensemble du dossier médical du recourant, sont claires et bien motivées. La Cour de céans relève par ailleurs qu'aucun rapport médical figurant au dossier n'est susceptible de remettre en cause les conclusions des experts. En effet, leur appréciation de la capacité résiduelle de travail rejoint celle évoquée en 2006 par le Dr C_____. Quant au Dr D_____, médecin traitant, il ne s'est pas prononcé clairement quant à la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée. Au vu de ce qui précède, le rapport d'expertise revêt pleine valeur probante, de sorte que la Cour de céans se ralliera aux conclusions des experts. Il convient ainsi d'admettre une incapacité totale de travail dès le 26 mai 2006 et une capacité de travail résiduelle de 4 heures par jour, dans une activité sédentaire, respectant les limitations fonctionnelles, depuis le 1^{er} octobre 2006 comme l'intimé l'a retenu à juste titre. Le recourant fait valoir que les conclusions des experts ne tiennent pas compte d'événements survenus postérieurement à l'expertise de 2008, notamment de l'insuffisance cardiaque et des fibrillations auriculaires qui font à nouveau l'objet d'un suivi spécialisé, des varices rectales et de la déchirure du ménisque survenue le 25 mars 2010. De nombreuses pièces médicales ont été versées au dossier postérieurement à l'expertise. Il appert que le recourant a été hospitalisé du 5 au 9 octobre 2009 dans le service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques des HUG avec comme objectif de perdre du poids en travaillant sur l'axe diététique. Selon le rapport médical du 15 décembre 2009, le diabète était équilibré, le recourant ne présentait pas de complication macro vasculaire, la micro albuminurie était le seul témoin de micro angiome, la neuropathie pouvait être également associée à l'éthylisme ancien et persistant. Le bilan hépatique s'améliorait. Les bons résultats biologiques provenaient de la baisse de la consommation d'alcool, d'une activité physique quotidienne et de l'amélioration des glycémies. Il y avait toutefois la persistance d'une hypokaliémie, pour laquelle le néphrologue avait introduit un traitement. Le patient poursuivait les investigations cardiologiques et gérait le traitement de ses apnées par CPAP (5 heures par nuit). L'ensemble de ses facteurs de risque était en recul. L'écho-Doppler carotidien et vertébral pratiqué le 11 novembre 2009 était sans anomalie et un examen artériel des membres inférieurs effectué le 1^{er} décembre 2009 n'a pas objectivé d'insuffisance artérielle. Une IRM du genou droit faite le 25 mars 2010 a mis en évidence une déchirure du ménisque justifiant une intervention chirurgicale. Le recourant a été hospitalisé du 27 avril 2010 au 11 mai 2010 aux HUG en raison de syncopes d'origine orthostatique. Le recourant présentait à l'entrée une insuffisance rénale aiguë prérénale, corrigée après rétablissement de la volémie. L'état général amélioré a permis un retour à domicile le 11 mai. L'échocardiographie transthoracique du 3 mai 2010 a montré notamment un ventricule gauche de taille normale, l'oreillette gauche modérément dilatée, l'oreillette droite discrètement dilatée, une sclérose aortique. Il n'y avait pas d'épanchement péricardique significatif. S'agissant des varices rectales découvertes lors de la coloscopie du 15 août 2008, la Cour de céans relève que contrairement à ce que le recourant soutient, elles n'ont

pas été ignorées par les experts du CEMed, puisqu'il en est fait mention dans le préambule du rapport d'expertise. Cela étant, il n'apparaît pas que cette affection ait été jugée invalidante. A la lecture des pièces susmentionnées, la Cour de céans constate, avec le SMR, que les rapports médicaux produits ne permettent pas de conclure à une aggravation de l'état de santé susceptible d'influencer durablement la capacité de travail du recourant. Concernant la déchirure du ménisque du genou droit, le SMR relève que les limitations que cette affection entraîne ont déjà été décrites (possibilité de changer de position et de surélever les jambes, ne pas utiliser les escaliers de façon répétitive, éviter la position à genoux ou accroupie). Au vu de ce qui précède, l'on ne peut conclure à une aggravation notable et durable de l'état de santé du recourant, postérieurement à l'expertise. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant. Pour le revenu de valide, l'intimé s'est fondé sur les données statistiques, dès lors que le recourant était au bénéfice de prestations d'assurance-chômage lors de la survenance de l'incapacité de travail durable. Dès lors que le recourant cherchait un emploi de nettoyeur de locaux, il s'est référé au tableau TA7, secteur nettoyage et hygiène publique, hommes, médiane, niveau 4, soit un revenu annuel de 55'447 fr. en 2010. A cet égard, la Cour de céans relève que le moment déterminant pour procéder à la comparaison des gains est celui de l'ouverture éventuelle du droit à la rente d'invalidité, soit mai 2007 en l'occurrence, et non 2010 comme l'a retenu à tort l'intimé (cf. art. 29 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Par conséquent, le salaire annuel selon le tableau TA7 s'élève, en 2007, à 52'066 fr. (4'095 fr. par mois en 2006 pour 40 heures par mois, soit 4'269 fr. pour 41,7 heures par semaine, correspondant à un salaire annuel de 51'228 fr.45, réactualisé à 2007). Cela étant, il convient de rappeler que le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et la référence). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré (arrêt T. du 23 mai 2000, U 243/99, consid. 2b), ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage (arrêt L. du 4 septembre 2002, I 774/01), ou rencontrait des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé (RCC 1985 p. 662). En l'espèce, avant de présenter une incapacité de travail, le recourant avait subi une période de chômage de plus de deux ans et se trouvait en fin de droit. Sans formation professionnelle certifiée, il cherchait une activité de nettoyeur de locaux. En effet, l'ancienne activité exercée entre 1978 et 2002 de chauffeur de poids lourds, respectivement chauffeur-livreur, n'a plus été possible, le recourant n'ayant plus de permis de conduire, à la suite d'un accident de la circulation semble-t-il (cf. rapport de réadaptation du 7 septembre 2009). Depuis le 1^{er} février 2002, il a travaillé comme nettoyeur jusqu'à la faillite de son dernier employeur. Le dossier ne contient aucun renseignement émanant de l'employeur. Quant à l'activité d'employé de maintenance auprès de l'association REALISE, elle a été accomplie dans le cadre du chômage (cf. expertise p. 7 et 8), de sorte que l'on ne saurait en tenir compte. Selon l'extrait de ses comptes individuels, avant le chômage, le recourant a réalisé un salaire annuel de 42'610 fr.

en 2001, de 48'727 fr. en 2002 et de 52'849 fr. en 2003, soit une moyenne de 48'062fr. En tenant compte de cette moyenne, réactualisée à 2007, le gain de valide s'élève à 50'354 fr. La Cour de céans retiendra ce montant dès lors qu'il s'agit de données concrètes qui correspondent à la situation du recourant. S'agissant du revenu d'invalidé, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, l'intimé s'est référé aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), soit sur le salaire que peuvent réaliser les hommes effectuant des activités simples et répétitives (ESS tableau TA1 2008, niveau de qualification 4). Toutefois, comme vu ci-dessus, c'est l'année 2007 qui est déterminante pour procéder à la comparaison des revenus. Selon les ESS, en 2006, le salaire de référence s'élevait à 4'732 fr. pour les hommes effectuant des activités simples et répétitives, niveau de qualification 4, pour une durée de 40 heures de travail. Compte tenu d'une durée hebdomadaire usuelle de travail dans les entreprises de 41,7 heures (cf. La vie économique, 11-2011), le salaire mensuel atteint 4'921 fr, soit 59'055 fr. annuel. Réactualisé à 2007, le salaire d'invalidé s'établit à 60'020 fr. et à 30'010 fr. pour une activité à 50 %. Le recourant considère que ce salaire doit être revu à la baisse de 35 % au moins, dès lors que si une capacité de travail résiduelle devait lui être reconnue, il n'aurait plus accès qu'à un nombre très limité de secteurs d'activité, dont il faut d'emblée exclure le secteur des machines et celui des activités manufacturières. Tel n'est pas l'avis de la Cour de céans. En effet, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit également convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et sont donc adaptées au handicap du recourant. L'intimé a procédé à un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé, compte tenu des limitations fonctionnelles, de l'âge et du taux d'occupation. Le recourant conteste cette appréciation, considérant qu'un abattement de 25 % se justifie, dès lors qu'il est âgé de 56 ans, qu'il n'a aucune expérience dans les activités qui pourraient lui être accessibles, qu'il travaillerait à temps partiel et devrait encore négocier la possibilité de contrôler son taux de sucre et de pouvoir surélever ses jambes par moments. De plus, il souffre de troubles chroniques, de sorte qu'il aurait sans nul doute nombre de rendez-vous à négocier, sans parler du risque d'absentéisme en périodes de crises, facteurs qui influenceraient négativement son salaire d'embauche, tout comme une éventuelle progression salariale ultérieure. 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). Une déduction globale maximale 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 p. 79; voir aussi ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 6.2 p. 301 s., 134 V 322 consid. 5.2 et 6.2 p. 327 s.). La réduction des salaires ressortant des statistiques est du ressort en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, 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 a, dans le cas concret, adopté 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 des assurances sociales 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), par exemple si l'administration a retenu des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de

circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstance pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2. p. 180). En l'espèce, la Cour de céans considère que le taux d'abattement de 15 % apparaît approprié, compte tenu des critères objectifs retenus par l'intimé. Le revenu d'invalidé est ainsi de 25'508 fr. ; comparé au revenu de valide, le degré d'invalidité est de 52,06 %, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité. Quoi qu'il en soit, même si l'on appliquait un abattement de 25 % comme le voudrait le recourant, cela ne changerait rien à la solution du litige. En effet, le revenu d'invalidé s'élèverait alors à 22'507 fr. et aboutirait à un degré d'invalidité de 57,70 %, arrondi à 58 %, ouvrant toujours droit à une demi-rente d'invalidité. Au vu de ce qui précède, la décision de l'intimé doit être confirmée. Mal fondé, le recours est rejeté. L'émolument, que la Cour de céans fixe à 200 fr. , est mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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