

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1219/2014

ATAS/321/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 avril 2015

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, au GRAND-
LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
PALLY Marlène

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Monique STOLLER FÜLLEMANN et Maria
Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1966 et d'origine portugaise, a travaillé de 1988 à 2002 comme manœuvre dans le secteur agricole, puis en tant que manœuvre dans le bâtiment. Son dernier contrat de travail a été résilié pour le 30 novembre 2008.
2. Selon l'expertise du 24 janvier 2008 du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, l'intéressé est en arrêt de travail depuis le 8 janvier 2007. Ayant souffert d'une neuropathie compressive du nerf cubital gauche, il a subi une opération le 11 septembre 2007. Les comorbidités sont une insuffisance cardiaque anamnestique et un status post dilatation coronarienne, ainsi qu'une hypertension artérielle mal équilibrée et un diabète. La capacité de travail est nulle du 8 janvier 2007 au 31 janvier 2008. Elle est ensuite de 50 % pour quatre à six semaines.
3. Le 23 janvier 2008, le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a certifié que l'intéressé était atteint d'une affection chronique métabolique, à savoir d'un diabète de type II, actuellement insulino-requérant. Le traitement nécessitait plusieurs injections d'insuline par jour, ainsi que des auto-contrôles réguliers. Par conséquent, le patient était actuellement incapable de travailler dans la profession qu'il exerçait jusqu'à présent, à savoir maçon dans le bâtiment.
4. Par demande reçue en juin 2008, l'intéressé a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Dans son rapport du 10 juin 2008, le Dr E_____, chirurgien de la main, a émis un pronostic réservé en raison de l'état général de l'assuré, mais a attesté une capacité de travail de 100% dès le 5 mai 2008 avec une diminution de la force pour l'usage d'engins de chantier et une diminution de l'efficacité pour les travaux lourds. Il préconisait une adaptation du poste de travail ou une réadaptation professionnelle.
6. Selon la note relative à un entretien téléphonique du 28 octobre 2008 entre le Dr D_____ et la Dresse F_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR), ce premier médecin a prescrit un arrêt de travail depuis le 17 septembre 2008 en raison d'un diabète décompensé nécessitant une courte hospitalisation et l'administration d'insuline, ainsi que de douleurs à une hanche, probablement sur périarthrite, pour lesquelles des séances de physiothérapie ont été prescrites. Il n'y a aucun élément en faveur d'une insuffisance cardiaque. La reprise de travail est prévue pour le 3 novembre 2008 à 100 %.
7. Dans son avis médical du 30 octobre 2008, la Dresse F_____ du SMR a constaté qu'une reprise progressive du travail avait été fixée par le Dr E_____, que la diminution de rendement était de l'ordre de 20 % en raison des limitations fonctionnelles et qu'une adaptation du poste de travail devrait être faite ou une réadaptation professionnelle envisagée. Selon le médecin du SMR, l'assuré a donc pu reprendre son travail en plein depuis mai 2008, mais on ignore si l'activité a été adaptée. Un plein rendement est possible si les limitations sont respectées.

8. Le 7 novembre 2008, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a communiqué à l'assuré que des mesures de réadaptation n'étaient actuellement pas possibles en raison de son état de santé, mais qu'elles pourraient faire l'objet d'une nouvelle analyse à l'issue de l'instruction du dossier.
9. Dans un avis médical du 6 mars 2009, la Dresse G_____ du SMR a constaté que l'incapacité de travail du 17 septembre au 2 novembre 2008 concernaient une affection d'une gravité insuffisante pour justifier une incapacité de travail durable.
10. Le 16 mars 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente entière du 8 janvier au 30 avril 2008 et une demi-rente du 1^{er} mai au 31 juillet 2008. Ce faisant, il a relevé que le SMR était d'avis qu'il avait une capacité de travail à 50 % avec un plein rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles en janvier 2008, qu'il présentait une incapacité de travail de seulement 25 % à compter du 14 avril 2008 et que sa capacité de travail était entière dans toute activité à compter du 5 mai 2008.
11. Selon le rapport du 30 novembre 2009 du Dr E_____, l'assuré souffre de brachialgies bilatérales. L'incapacité de travail est de 100 % dès le 30 novembre 2009. L'activité exercée n'est plus exigible, mais l'assuré pourrait effectuer des travaux légers. Néanmoins, le médecin doutait qu'on pût s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.
12. Dans son rapport du 2 décembre 2009, le Dr D_____ a émis les diagnostics de diabète de type II existant depuis 2004, de status après neurolyse du nerf médian du coude gauche pour une neuropathie ulnaire et un syndrome du canal carpien existant depuis 2007, ainsi que d'éthylisme aggravé. L'incapacité de travail était totale à partir du 1^{er} septembre 2009 en raison d'une affection chronique. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas possibles et il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ni à une amélioration de l'état de santé.
13. Selon l'expertise du 22 mars 2010 du Dr H_____, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient une susceptibilité aux neuropathies d'enclavement et un status après intervention pour neuropathie cubitale gauche de compression, sur micro-traumatismes lors des mouvements de flexion-extension du bras en septembre 2007, une neuropathie cubitale droite débutante asymptomatique, un status après neurolyse du canal carpien des deux côtés et un diabète de type II adulte, insulino-traité. Dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a mentionné une obésité, des antécédents d'état anxio-dépressif, des douleurs thoraciques d'origine pariétale, une dyspnée d'effort par inadaptation cardio-vasculaire, des antécédents d'utilisation abusive d'alcool, un status après neurolyses des canaux carpiens gauche et droit, des lombalgies non déficitaires, une périarthrite de hanche et une hypertension artérielle. L'assuré présentait des limitations pour soulever des charges au-delà de 10 kg par flexion-extension, les

mouvements répétés avec pelle et pioche, le travail avec des outils vibrants, le travail effectué sur les échafaudages de plus de 4m (risque de chute en cas d'hypoglycémie). La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Elle était de 50 % du 1^{er} février 2008 au 30 avril 2008, de 75 % du 14 avril au 4 mai 2008 et de 100 % dès le 5 mai 2008.

14. Dans son avis médical du 10 décembre 2010, la Dresse G _____ a notamment noté que la capacité de travail devait être traduite en termes de métier par un spécialiste de réadaptation.
15. Selon le rapport médical du 18 mars 2011 du Dr I _____, neurologue FMH, l'examen neurologique a mis en évidence des déficits neurologiques périphériques en relation avec des complications du diabète, mais sans signe lésionnel évoquant une pathologie neurologique centrale. Un Doppler carotido-vertébral avait démontré à droite un rétrécissement relatif d'environ 50 % au niveau du bulbe, et de plus de 65 % à la jonction bulbe/carotide interne. Il s'agissait d'une situation potentiellement emboligène justifiant une antiagrégation plaquettaire, puis une évaluation cardio-chirurgicale en raison de la polyopathie et notamment de la situation neurologique centrale et périphérique précaire. La réinsertion de l'assuré dans le monde professionnel paraissait illusoire.
16. Selon le rapport du 5 mai 2011 du département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assuré a été hospitalisé du 15 au 28 avril 2011 en raison de troubles mentaux et de comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue. Les autres diagnostics étaient notamment un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, un diabète insulino-dépendant, une cirrhose, un infarctus du myocarde et un ulcère gastrique. L'évolution au cours de l'hospitalisation avait été favorable avec une stabilisation de la symptomatologie. L'assuré était motivé pour une abstinence d'alcool. La thymie et l'anxiété s'étaient améliorées.
17. Du 7 au 24 juin 2011, l'assuré a été de nouveau hospitalisé aux HUG pour un sevrage d'alcool. Les médecins ont émis les diagnostics de troubles mentaux et de comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue, de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, d'hépatite C et d'obstruction au niveau de la carotide gauche. Les facteurs de crise addictologique étaient des difficultés financières, le contrôle et la pression de l'assuré vis-à-vis de l'alcool, ainsi que le manque d'activité. Au cours de l'hospitalisation, l'évolution avait été favorable.
18. Du 19 au 22 novembre 2012, l'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation (CRR), en vue d'une expertise multidisciplinaire par la Dresse J _____, spécialiste en médecine interne FMH, le Dr K _____, psychiatre FMH, et Mme L _____, neuropsychologue. Les experts ont émis les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de diabète insulino-dépendant, de lombalgies

chroniques non spécifiques, de tendino-bursite trochantérienne gauche, de dyspnée à l'effort, de status après neurolyse cubitale et cure du canal carpien bilatéral et de très légers syndromes dysexécutifs, sous forme de difficultés de programmation et de coordination, lesquels pourraient être des séquelles de la consommation d'alcool. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient un status après consommation d'alcool chronique, actuellement abstinent, un syndrome métabolique avec obésité, hypertension artérielle et hypercholestérolémie, une adénopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, un tabagisme chronique et une insuffisance veineuse chronique des deux jambes. L'assuré se plaignait de dyspnée à l'effort, d'une fatigue avec diminution de la force à l'effort, d'occasionnelles décompensations diabétiques, de légères disparesthésies des 4^{ème} et 5^{ème} doigts, de douleurs abdominales en ceinture nocturnes et de douleurs à la hanche gauche à la marche. Les limitations fonctionnelles étaient en grande partie de l'ordre ostéo-articulaire et du champ de la médecine interne. Les modifications dégénératives au niveau de l'épaule gauche, de la hanche gauche et au niveau de la colonne lombaire étaient une contre-indication pour des activités physiquement lourdes, nécessitant l'utilisation des deux bras au-dessus de l'horizontale et le travail dans des positions contraignantes ou impliquant des déplacements importants à pied. Le diabète limitait l'assuré pour les activités avec des horaires irréguliers. L'assuré devait par ailleurs éviter de manipuler des machines vibrantes sur de longues périodes. Il présentait une incapacité de travail depuis début 2008. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il possédait une capacité théorique de travail de 100 % avec une diminution du rendement de 10 %.

19. Dans son avis médical du 19 février 2013, la Dresse M_____ du SMR a maintenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité actuelle depuis le 1^{er} août 2007. Dans une activité adaptée elle était de 50 % du 1^{er} février au 30 avril 2008, de 75 % dès le 14 avril 2008 et de 100 % dès le 5 mai 2008.
20. Le 7 mai 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il prendrait en charge les frais d'un stage d'orientation professionnelle du 22 juillet au 20 octobre 2013, dispensé par les Etablissements publics pour l'intégration (EPI).
21. Selon la note de travail de l'OAI du 29 août 2013 relatif au bilan intermédiaire aux EPI, l'assuré est qualifié de très motivé et de bonne volonté. Il s'investissait beaucoup dans la mesure d'orientation, voire se surinvestissait. Son rendement était de 50% sur un plein temps. La perte de rendement était explicable en raison des défaillances au niveau des membres supérieurs et inférieurs. En raison du surinvestissement, le diabète était fréquemment difficile à gérer et contraignait l'assuré à augmenter le nombre de piqûres par jour. Cela étant, les EPI ont poursuivi la mesure d'orientation à 50%.
22. Le rapport du 18 novembre 2013 des EPI relatif au stage d'orientation de trois mois, effectué au début à 100%, puis à 50% dès le 2 septembre 2013 sans aucune absence, a conclu que les capacités physiques de l'assuré étaient incompatibles avec des activités simples, légères et pratiques, même en position assise et permettant à

l'assuré d'alterner les positions lorsqu'il en ressentait le besoin. Au vu des faibles rendements et de l'image de fragilité de l'assuré, il était difficile de pouvoir envisager la réintégration au marché économique normal ou des stages en entreprise dans des conditions acceptables. Les EPI ont par ailleurs relevé que l'assuré avait participé à la mesure avec un engagement et une motivation optimum tout au long de cette période. Il ressort par ailleurs de ce rapport que les déplacements de l'assuré étaient difficiles, que l'assuré n'était pas autonome et que son niveau de français était insuffisant pour communiquer de manière optimale. Au début du stage, l'assuré avait pensé au métier de chauffeur-livreur. Cependant, il n'avait pas la sensibilité optimale ni dans les pieds ni dans les mains et sa vue était faible, de sorte que ce métier ne pouvait être retenu. Compte tenu de ses atteintes, de l'image de fragilité et des difficultés d'adaptation de l'assuré, ainsi que de son exposition à des dangers potentiels liés à ses atteintes, il y avait peu d'espoir de retrouver une activité quelle qu'elle soit dans le milieu économique normal.

23. Dans son avis médical du 17 décembre 2013, la Dresse M_____ du SMR a considéré que le rapport des EPI n'était pas susceptible de modifier l'appréciation finale du SMR concernant la capacité de travail médico-théorique de l'assuré.
24. Le 8 janvier 2014, l'OAI a déterminé la perte de gain de l'assuré à 14,7 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 10 %, tout en effectuant une réduction supplémentaire des salaires statistiques, pris en considération à titre de revenu d'invalidé, de 10 %.
25. Par décision du 4 avril 2014, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 8 janvier au 30 avril 2008 et une demi-rente du 5 mai au 31 juillet 2008.
26. Par acte posté le 30 avril 2014, l'assuré a formé recours contre cette décision par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation en ce qu'une rente entière lui a été refusée à compter du 1^{er} mai 2008, ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière dès cette dernière date, sous suite de dépens. Le recourant s'est prévalu essentiellement du rapport des EPI concluant à une incapacité de travail dans le marché normal. Il a également contesté le calcul de la perte de gain.
27. Dans sa réponse du 19 juin 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'était pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail. En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observations professionnelles et les données médicales, l'avis médical primait pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible et l'emportait sur les constatations qui pouvaient être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, celles-ci étant susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. En effet, la connaissance spécifique des médecins leur permettait de dépasser le stade de la simple observation qui comprenait trop de facteurs incontrôlables. En l'occurrence,

les responsables de l'observation professionnelle avaient pris leurs conclusions essentiellement sur la base de critères subjectifs.

28. Par ordonnance du 15 octobre 2014, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire et l'a confié à la doctoresse N_____, spécialiste FMH en médecine interne.
29. Dans son rapport du 29 janvier 2015, l'experte a posé les diagnostics de diabète de type II depuis 2004, traité par insuline depuis 2008, de polyneuropathie des membres inférieurs, status post-neurolyse cubitale et cure de canal carpien des deux côtés, d'insuffisance artérielle des membres inférieurs, de sténoses carotidiennes, de cirrhose hépatique avec hypertension portale et splénomégalie, de trouble dépressif récurrent, en rémission depuis 2011, de lombalgies chroniques non spécifiques de longue date, de déconditionnement musculaire, de hypertension artérielle et d'obésité. Les limitations fonctionnelles mises en évidence dans le rapport des EPI du 18 novembre 2013 n'étaient pas compatibles avec les constatations médicales objectives, à l'exception de la nécessité de contrôler le diabète trois à six fois par jour. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : absence de travaux lourds, activité assise avec possibilité d'alterner les positions, nécessité de faire des glycémies plusieurs fois par jour, absence de travail en hauteur, fatigabilité augmentée. La capacité de travail était nulle depuis 2007 pour les travaux lourds tels que manœuvre en chantier ou manœuvre en agriculture. Dans une activité légère à modérée, la capacité de travail était de 100 % avec une diminution du rendement de 10 % depuis 2013 et de 20 % depuis 2015 en raison de la progression des maladies de médecine interne. Le pronostic médical était réservé en raison du mauvais contrôle du diabète et de la progression de l'artériosclérose. Le pronostic d'une réinsertion dans le milieu économique était négatif en raison de facteurs non médicaux. L'experte a aussi pris contact avec le Dr D_____, lequel lui a indiqué ne pas avoir d'explications pour le mauvais rendement observé aux ateliers professionnels des EPI. Le maître de réadaptation aux EPI a fait part à l'experte, lors d'un entretien téléphonique, que le recourant ne correspondait pas à un profil pouvant être réinséré dans l'économie libre où étaient demandés des travailleurs polyvalents, pouvant se déplacer facilement, avec une capacité d'adaptation, une motricité et un rendement suffisant, et pouvant travailler au fraisage et à la meule. Les travailleurs assis faisant de la petite mécanique n'existaient plus. Les ouvriers en horlogerie devaient avoir une excellente dextérité et motricité fine avec un rythme de travail soutenu. Les activités proposées lors du stage étaient proches de celles d'un atelier protégé et ne correspondaient pas à celles de l'économie libre.
30. Par écriture du 26 février 2015, le recourant a reproché à l'experte de ne pas avoir tenu compte des problèmes d'ordre cardiologique. Cela étant, il a estimé nécessaire d'entendre le docteur O_____. Il souffrait également de problèmes de la carotide, selon le Dr D_____, raison pour laquelle il serait nécessaire d'auditionner aussi ce patricien. Quant au Dr O_____ il l'avait informé qu'il ne pouvait absolument pas travailler en raison de ses problèmes cardiaques. Le recourant a mis en exergue

qu'il était toujours très atteint dans sa santé et très fatigué, particulièrement à cause du diabète. Ayant beaucoup de peine à se réinsérer dans le domaine économique, il a conclu à l'octroi de mesures professionnelles adéquates.

31. Dans son avis médical du 2 mars 2014, la Dresse M_____ du SMR a considéré, sur la base de l'expertise judiciaire, que la capacité de travail du recourant dans un poste adapté restait de 100 % avec une diminution du rendement de 10 % et, dès 2015, de 20 %, soit après la décision.
32. Par écriture du 3 mars 2015, l'intimé a fait sien l'avis du SMR précité et a persisté dans ses conclusions.
33. La chambre de céans a soumis au Dr O_____ l'expertise de la Dresse N_____ pour appréciation. Le 19 mars 2015, ce praticien a répondu qu'il n'était pas en mesure de se déterminer sur la capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée et à renvoyé la chambre de céans au Dr D_____ ou au neurologue traitant, tout en relevant que « La pathologie cardiovasculaire pour laquelle je suis le patient est dans le contexte de l'activité professionnelle adaptée et le pronostic est à voir selon l'évolution de la maladie coronarienne ».
34. Par écriture du 14 avril 2015, l'intimé a constaté que la réponse du Dr O_____ n'était pas de nature à remettre en question l'expertise judiciaire et a persisté intégralement dans ses conclusions.
35. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant présente une invalidité lui ouvrant le droit aux prestations.
4. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). 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'article 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; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

5. 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).
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.
7. 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).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

9. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).
10. En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la

collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

11. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé.
12. 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).
13. En l'occurrence, il convient de constater que tous les experts considèrent que le recourant a une capacité de travail de 100 %, du moins dans une activité adaptée. Ainsi, l'expert C_____ constate, dans son expertise du 24 janvier 2008, une capacité de travail nulle du 8 janvier 2007 au 31 janvier 2008, ensuite de 50 % pendant quatre à six semaines, puis complète. Dans une expertise du 22 mars 2010, le Dr H_____ admet une capacité de travail de 50 % du 1^{er} février 2008 au 30 avril 2008, de 75 % du 14 avril au 4 mai 2008 et de 100 % dès le 5 mai 2008. Les experts de la CRR arrivent également à la conclusion que la capacité théorique de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est de 100 % avec une diminution du rendement de 10 %. Enfin, l'expert judiciaire confirme une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement en 2013 de 10 % et de 20 % depuis 2015 en raison de la progression des maladies de médecine interne.

Certes, les EPI constatent que les capacités physiques du recourant sont incompatibles avec les activités simples, légères et pratiques, même en position assise avec la possibilité d'alterner les positions. Le recourant a des difficultés pour se déplacer, n'est pas autonome et a un niveau de français insuffisant pour communiquer de manière optimale. La profession de chauffeur-livreur a été envisagée, mais finalement écartée, le recourant n'ayant pas une sensibilité optimale dans les pieds et dans les mains et une vue trop faible. À cause de ses faibles rendements et de l'image de fragilité qu'il donne, une réintégration au marché économique normal et des stages en entreprise dans des conditions acceptables ne sont pas envisageables. Néanmoins, l'assuré a participé à la mesure avec un engagement et une motivation optimaux sans aucune absence.

Toutefois, la Dresse N_____ estime que les limitations fonctionnelles mises en évidence dans le rapport des EPI ne sont pas compatibles avec les constatations médicales objectives, à l'exception de la nécessité de contrôler le diabète trois à six fois par jour, raison pour laquelle une diminution de rendement de 10 % doit être reconnue. Les limitations fonctionnelles du recourant lui interdisent des travaux lourds et le travail en hauteur. Il doit en outre travailler en position assise, pouvoir alterner les positions et faire des glycémies plusieurs fois par jour. A cela s'ajoute une fatigabilité augmentée. Le pronostic de l'experte judiciaire quant à une réinsertion dans le milieu économique est néanmoins négatif, en raison de facteurs non médicaux. Au demeurant, le Dr D_____ a indiqué à l'experte n'avoir pas non plus d'explication pour le mauvais rendement observé aux ateliers professionnels des EPI.

Il convient de relever que l'expertise judiciaire remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été rendue en connaissance du dossier médical intégral, prend en considération les plaintes du recourant, repose sur un examen approfondi et contient des conclusions motivées.

Le cardiologue traitant n'a pas non plus mis en cause les conclusions de l'expertise judiciaire, en ce qui concerne la capacité de travail sur le plan cardiologique. Tout au contraire, il semble considérer que les problèmes cardiaques sont compatibles avec une activité professionnelle légère.

Cela étant, la chambre de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, lesquelles confirment en outre les conclusions des expertises précédentes. Partant, il y a lieu d'admettre une incapacité de travail totale de janvier 2007 à janvier 2008, puis à 50 % et enfin une capacité de travail totale à compter de mai 2008 avec une diminution de rendement de 10%, en se fondant sur l'expertise du Dr C_____ et sur celle du Dr H_____, en ce qui concerne l'évolution de la capacité de travail à compter de janvier 2007.

14. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui

peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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).

15. 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).

- a. 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).

- b. 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).

Cependant, lorsqu'un assuré réalise un revenu sans invalidité nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (absence de formation, niveau linguistique insuffisant ou difficultés à trouver un travail en raison du permis de séjour), et qu'il ne désire pas s'en contenter délibérément, il convient d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer, soit en augmentant de manière appropriée le revenu avant invalidité effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit en réduisant de manière appropriée la valeur statistique du revenu d'invalide (ATF 134 V 323, consid. 4.1). Cette jurisprudence a été davantage précisée dans le sens que si la réalisation d'un revenu d'invalide situé dans la moyenne apparaît comme raisonnablement possible et exigible, il n'y a pas lieu d'adapter en conséquence le revenu sans invalidité qui serait inférieur à la moyenne pour des motifs d'ordre économique (ATF 135 V 58, consid. 3.4). Néanmoins, si un assuré en bonne santé réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne, en raison de sa situation personnelle qui l'empêche d'obtenir un revenu moyen, il n'y a pas lieu de penser que, atteint dans sa santé, cet assuré pourrait

réaliser proportionnellement un revenu en ligne avec la moyenne statistique. Cette jurisprudence qui permet de « paralléliser » les revenus tient en substance compte du fait qu'un assuré qui en bonne santé réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne ne pourra vraisemblablement pas, une fois invalide, réaliser le revenu statistique (ATF 135 V 58, consid. 3.4.3).

c. 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 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).

Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail

suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Le marché équilibré du travail, auquel l'administration doit se référer en matière d'assurance-invalidité, étant une notion théorique et abstraite, notre Haute Cour a jugé qu'il n'était de loin pas irréaliste d'escompter l'existence d'une activité permettant l'alternance des positions et prohibant le port de charges, l'utilisation répétitive et les mouvements au-dessus de l'horizontale du bras, les déplacements sur des longues distances et les travaux en porte à faux (ATF non publié 9C_70/2010 du 9 août 2010 consid. 5.3).

16. a. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur le dernier salaire du recourant en 2008 pour le revenu sans invalidité, lequel était de CHF 56'971.-, soit inférieur à la médiane des salaires statistiques dans les activités simples et répétitives, pris en considération par l'intimé à titre de revenu avec invalidité, d'un montant CHF 59'979.-, sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2008, TA 1 niveau 4).

Au vu de l'origine étrangère et l'absence de formation, il n'y a aucune raison de penser en l'espèce que le recourant pourrait réaliser un revenu supérieur à celui qu'il a obtenu avant de présenter des troubles à la santé et qu'il aurait délibérément renoncé à travailler dans une activité professionnelle dont le salaire se serait situé dans la ligne médiane des salaires statistiques. Partant, en vertu de la jurisprudence précitée, il y a lieu de se fonder aussi pour le revenu sans invalidité sur le salaire établi à titre de revenu d'invalidé.

b. En ce qui concerne le salaire avec invalidité, une activité adaptée concrète n'a certes pas pu être déterminée et, selon les indications du maître de réadaptation aux EPI à l'experte judiciaire, le recourant ne correspond pas au profil pouvant être réinséré dans l'économie libre. Néanmoins, dans leur rapport du 18 novembre 2013, les EPI considèrent que c'est en raison du faible rendement et de l'image de fragilité du recourant qu'une réintégration au marché économique normal et des stages d'entreprise dans les conditions acceptables ne sont pas envisageables. Il convient d'en conclure qu'avec des rendements meilleurs, une activité adaptée aurait pu être trouvée. Dans la mesure où l'experte judiciaire n'a pas pu confirmer que les faibles rendements étaient en rapport avec les limitations fonctionnelles objectivables du recourant, il se justifie de prendre en considération les salaires statistiques pour des activités simples et répétitives, à l'instar de l'intimé, d'autant plus qu'il faut prendre en compte un marché équilibré du travail théorique, selon la jurisprudence en la matière.

L'intimé a admis, après avoir tenu compte d'une diminution de rendement de 10%, un abattement supplémentaire des revenus statistiques de 10%. La question de savoir s'il y a lieu de tenir compte d'un abattement supérieur peut rester ouverte. En

effet, même en appliquant le maximum admis à ce titre de 25%, en plus de la diminution de rendement de 10%, la perte de gain ne serait que de 32,5 %, soit inférieure au taux de 40% qui ouvre le droit à une rente ($[(59'979 - (59'979 \times 90\% \times 75\%))] \times 100 : 59'979$).

En ce qui concerne la diminution de rendement de 20 % retenue à partir de 2015 par l'experte judiciaire, il s'agit d'une modification de l'état de santé postérieure à la décision querellée qui ne fait plus l'objet du litige.

Il sied par conséquent de constater que le taux d'invalidité du recourant n'ouvre pas le droit à une rente.

17. Reste à examiner si le recourant peut prétendre à des mesures d'ordre professionnel.

a. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

b. En l'occurrence, le recourant a déjà fait l'objet d'une mesure de réadaptation professionnelle aux EPI, laquelle n'a pas pu aboutir en raison de la limitation de la capacité de travail du recourant pour des raisons non médicales ou du moins pas objectivables. Partant, il convient de constater qu'une nouvelle mesure d'ordre professionnel serait également vouée à l'échec, d'autant plus que le recourant se considère toujours totalement incapable de travailler. Par conséquent, le droit à une nouvelle mesure d'ordre professionnel doit être nié.

18. Compte tenu du fait qu'une amélioration de l'état de santé n'est pris en considération qu'après son maintien pendant au moins trois mois (art. 88a al. 1 RAI), c'est ainsi à raison que l'intimé a octroyé au recourant une rente d'invalidité entière de janvier à avril 2008, puis une demi-rente de mai à juillet 2008.

19. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
20. Dans la mesure où le recourant succombe, un émolument de justice de CHF 200.- est mis à sa charge (cf. art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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