

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4185/2013

ATAS/256/2015

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 26 mars 2015**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PALLY Marlène recourant

contre

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

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en \_\_\_\_\_ 1954, originaire du Canada, a été scolarisé en Hongrie, où il a également suivi une formation de mécanicien automobile et obtenu un baccalauréat. Arrivé en Suisse en 1976, il a travaillé comme laveur de vitres, puis comme mécanicien dans un garage. En 1978, il a passé son permis de chauffeur-taxi et a exercé cette activité comme salarié durant deux ans, avant de travailler comme garde du corps. Parti au Canada en 1980, il a appris l'anglais et suivi des formations dans l'immobilier et les assurances. Revenu en Suisse en 1984, il y a travaillé comme indépendant dans la sécurité (agent de sécurité à B\_\_\_\_\_ durant une année). En 1985, il a travaillé comme chauffeur de taxi salarié puis indépendant, depuis 1986.
2. Le rassemblement des comptes individuels d'assurance vieillesse et survivants (AVS) de l'assuré fait état d'un revenu d'indépendant s'étant élevé à CHF 20'200.- en 2006 et à CHF 31'300.- en 2007.
3. En août 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) en invoquant de « graves douleurs du bas du dos, suite à un accident de snowboard, le 28 décembre 2009 ».
4. Dans un rapport du 24 septembre 2010, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a fait état d'une fracture du coccyx durant l'hiver 2009 et de problèmes lombaires en L4-L5, précisant qu'en raison des douleurs au coccyx, son patient ne pouvait rester assis plus de 45 minutes.  
  
Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail à compter de janvier 2010.
5. La doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a rendu un rapport en date du 7 octobre 2010, concluant à des lombalgies, à une hernie discale en L4-L5 et à une fracture du coccyx. Le médecin a également mentionné des gonalgies gauches récidivantes en précisant que ce diagnostic était sans effet sur la capacité de travail. Le médecin a attesté d'une totale incapacité de travail à compter du 23 août 2010, définitive dans l'activité de chauffeur de taxi, et a préconisé un changement d'activité professionnelle.
6. Dans un rapport du 14 janvier 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de son patient, sans mentionner d'autre diagnostic que celui de lombalgies chroniques depuis décembre 2009. Dans le même temps, à la question de savoir si l'état de santé de son patient s'était modifié de façon notable, le médecin a répondu par la négative, tout comme à celle de savoir s'il y avait eu aggravation. En revanche, il a répondu par l'affirmative à celle de savoir si l'état de santé était resté stationnaire.

7. Un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM), daté du 14 septembre 2010, a conclu à une discopathie non-inflammatoire en L4-L5, compliquée d'une petite hernie discale n'entraînant ni sténose significative ni conflit radiculaire, à une discopathie non-inflammatoire et non-sténosante en L5-S1 et à l'absence de déplacement de l'ancienne fracture consolidée au niveau du coccyx.
8. Constatant qu'aucun des médecins ne s'était déterminé quant à la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée, le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a préconisé une expertise.
9. L'assuré a donc été adressée au SMR, plus particulièrement au docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, lequel a rendu son rapport en date du 9 juin 2011.

Ont été retenus à titre de diagnostics : des lombocruralgies droites avec douleurs du coccyx dans le cadre de discrets troubles statiques et de troubles dégénératifs du rachis lombaire, avec petite hernie discale L4-L5 non-compressive, un status après fracture consolidée et non déplacée de la partie distale du coccyx et un syndrome rotulien gauche, avec discret flexum du genou. A également été mentionné, tout en précisant qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail : un status variqueux des membres inférieurs.

Au vu des diagnostics retenus, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : nécessité de pouvoir alterner trois fois par heure position assise et position debout, d'éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, le port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, l'exposition à des vibrations, les genuflexions répétées, le franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers.

L'expert a relevé que ces limitations n'étaient pas complètement respectées dans l'activité de chauffeur de taxi, laquelle n'était plus exigible qu'à raison de 30%. Il a, en revanche, considéré que, dans une activité strictement adaptée, il n'y avait aucune raison biomécanique pour retenir une incapacité de travail.

En définitive, l'expert a conclu à une incapacité de travail de 100% du 1<sup>er</sup> janvier au 5 juillet 2010, de 50% jusqu'au 22 août 2010 puis à nouveau de 100% jusqu'au 14 septembre 2010, date à laquelle l'IRM lombaire avait montré la consolidation de la fracture du coccyx et à compter de laquelle l'assuré avait donc recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

10. Le dossier de l'assuré a ensuite fait l'objet d'une enquête économique.

Au vu des cotisations AVS et bilans produits, l'OAI a constaté, d'une part, que l'assuré avait toujours dégagé des revenus peu importants, d'autre part, que le résultat de l'année 2010 avait été influencé par la remise du permis de circulation et l'encaissement consécutif d'une somme de CHF 82'500.-.

Le rassemblement des comptes individuels AVS montrait un revenu moyen de CHF 27'750.- en 2006 et 2007, années les plus lucratives pour l'assuré.

---

En conséquence de quoi, le revenu hypothétique sans invalidité pour l'année 2010 a été fixé à CHF 27'191.- (CHF 25'750.- [moyenne des deux meilleures années avant l'atteinte à la santé] + CHF 1'441.- [contributions personnelles AVS/AI/APG]).

11. Par décision du 19 avril 2012, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.
12. Entendu par la Cour de céans dans le cadre du recours interjeté contre cette décision, l'assuré a indiqué avoir fait l'objet d'investigations complémentaires.
13. Le 9 août 2012, le docteur F\_\_\_\_\_ a établi un rapport concluant à un syndrome lombo-vertébral chronique dans un contexte de discopathie MODIC I inflammatoire L4-L5 et de déconditionnement global et focal, à une gonarthrose gauche sévère avec lâchages à répétition, à une gonarthrose droite modérée, avec œdème et atteinte méniscale, à un trouble anxieux et dépressif probable et à une ancienne fracture du coccyx asymptomatique.
14. Ce rapport a été soumis au SMR, qui a suggéré la reprise de l'instruction et la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire.
15. La cause a dès lors été renvoyée par la Cour de céans à l'intimé par arrêt du 20 septembre 2012 (ATAS/1145/2012), pour investigations complémentaires et nouvelle décision.
16. Le 7 décembre, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'aux douleurs physiques s'ajoutait un état dépressif qui allait en s'empirant, réactionnel à l'état physique et à la situation socio-économique en découlant. Le médecin concluait à un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique depuis janvier 2012.
17. Une expertise pluridisciplinaire a été mise sur pied auprès du Centre d'expertises médicales de Nyon (CEMed), plus particulièrement des Drs I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine-interne et K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, lesquels ont rendu leur rapport en date du 24 septembre 2013.

Après s'être livrés à une anamnèse détaillée et avoir relaté les plaintes de l'assuré ainsi que leurs propres observations objectives, les experts ont retenu à titre de diagnostics : des lombalgies chroniques avec sciatalgies droites intermittentes sur troubles dégénératifs étagés au niveau lombaire et des gonalgies bilatérales prédominant à droite sur une gonarthrose qui, radiologiquement, prédominait à gauche. Ils ont également mentionné un épisode dépressif léger sans syndrome somatique, un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, une hypertension artérielle et une obésité, dont ils ont précisé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Ils ont en revanche exclu tout trouble somatoforme douloureux.

Les experts ont préconisé d'éviter le port fréquent de charges de plus de 5 kg, le port occasionnel de charges de plus de 8 kg, les positions accroupie ou agenouillée,

les flexions antérieures du tronc, les stations assises au-delà d'une heure, les stations debout au-delà de trente minutes, ainsi que l'exposition au froid.

Les experts ont conclu à une totale incapacité de travail en qualité de chauffeur de taxi mais à une capacité totalement préservée, en temps et en rendement, dans une activité adaptée. Ils ont également relevé une certaine exagération dans la mesure où l'assuré estimait ne plus pouvoir travailler même dans une activité adaptée alors même que, selon la description de ses journées, il pouvait rester assis de longues heures devant son ordinateur.

18. Se basant sur cette expertise, le SMR en a conclu qu'il n'y avait eu aucune aggravation durable de nature à limiter de manière plus importante la capacité à exercer une activité adaptée, hormis une éventuelle et minime adaptation des limitations fonctionnelles. Il a été conseillé à l'assuré, sur le point toxicologique, de se soumettre à une prise en charge, de préférence dans un cadre spécialisé visant au contrôle de sa consommation d'alcool, de manière à prévenir de futures complications, tant psychiques que somatiques, pouvant avoir des répercussions sur sa capacité de travail.

19. Par décision du 12 décembre 2013, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute rente ou mesure professionnelle.

Se basant sur le rapport d'expertise bidisciplinaire, l'OAI a considéré que, si l'assuré n'était effectivement plus capable d'exercer son activité habituelle de chauffeur de taxi depuis janvier 2010, en revanche il avait recouvré, à compter de juin 2010, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Comparant le revenu qu'aurait pu obtenir l'assuré en exerçant une telle activité cette année-là en tenant compte d'une réduction supplémentaire maximale de 25% - soit CHF 45'873.- (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], TA1, tous secteurs confondus, niveau 4 : CHF 61'164.- par année) - à celui qu'il aurait réalisé sans atteinte à sa santé dans son activité habituelle (CHF 27'191.-), l'OAI est parvenu à la conclusion qu'il n'y avait pas d'invalidité.

20. Par écriture du 27 décembre 2013, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en arguant que son état de santé ne s'était pas amélioré, au contraire, depuis l'accident dont il avait été victime en décembre 2009.

Il a ajouté que son psychiatre traitant était en désaccord avec le contenu de l'expertise bidisciplinaire et a demandé à ce qu'il soit entendu.

Enfin, il a relevé que le revenu sans invalidité fixé par l'enquête économique à CHF 27'191.- ne correspondait pas à celui retenu par l'Administration fiscale cantonale (AFC).

A l'appui de sa position, le recourant a notamment produit sa taxation fiscale 2010, dont il ressort qu'a été retenu un bénéfice net de CHF 83'129.-.

21. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 24 février 2014, a conclu au rejet du recours.

L'intimé fait valoir que le rapport d'expertise bidisciplinaire doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Il considère que le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 7 décembre 2012 ne saurait permettre de remettre en question ses conclusions, pas plus que celui du Dr F\_\_\_\_\_ du 9 août 2012. En effet, ces rapports ont été rédigés antérieurement à l'expertise et ne contiennent aucun élément médical objectif qui aurait été ignoré ultérieurement par les experts.

Quant au revenu avant invalidité, l'intimé fait remarquer que l'attestation fiscale produite concerne l'année 2010, alors que l'activité de chauffeur de taxi a été interrompue en 2009 déjà. Qui plus est, au nombre des recettes, figure essentiellement le montant reçu suite à la cession de la licence de taxi (CHF 82'500.-), de sorte que cela ne saurait refléter valablement les revenus provenant de l'activité lucrative exercée avant invalidité.

22. Le recourant a répliqué en date du 27 mars 2014 en insistant pour que son psychiatre traitant soit entendu.

Au surplus, le recourant allègue que son état n'est pas stabilisé et en veut pour preuve une récente chute dans les escaliers, en février 2014.

A l'appui de sa position, il produit :

- un certificat de sortie de l'hôpital où il a été admis après cette dernière chute, qui indique que c'est parce que le patient a éprouvé une douleur foudroyante et lancinante dans le dos qu'il est tombé dans l'escalier ;
- un rapport rédigé par le Dr F\_\_\_\_\_ en date du 29 janvier 2014, critiquant l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le CEMed ; le médecin conteste ainsi que l'atteinte lombaire dont souffre l'assuré puisse être qualifiée d'« assez banale », alléguant que l'évolution de l'imagerie entre 2010 et 2012 met en évidence l'apparition d'atteintes inflammatoires pluri-étagées, affection qui ne concerne qu'une petite frange des personnes souffrant de lombalgies ; il explique que le MODIC I n'est qu'exceptionnellement retrouvé dans la population asymptomatique et certainement pas de manière pluri-étagée ; quant à l'arthrose des genoux, il considère qu'elle est en contradiction avec l'admission d'une pleine capacité de travail ; il ajoute qu'aurait également dû être retenu à titre de limitations fonctionnelles le fait de devoir éviter les escaliers, la marche en terrain instable, la marche rapide ; il conteste toute exagération de la part de son patient, expliquant que l'état de ce dernier peut fluctuer et qu'une mise en route de plusieurs heures est nécessaire chez les patients souffrant des mêmes atteintes.

Enfin, s'agissant du montant retenu à titre de revenu avant invalidité, le recourant admet que la cession de sa licence ne saurait constituer un revenu régulier mais

---

demande qu'il soit tenu compte d'un revenu de CHF 40'640.-, se référant ainsi au montant retenu dans l'attestation fiscale du 3 décembre 2012 sous « produits d'exploitation »).

23. Le dossier de l'assuré a été soumis par l'intimé à son SMR, qui a émis un nouvel avis en date du 28 avril 2014.

Le SMR fait valoir que les arguments du Dr F\_\_\_\_\_ s'appuient principalement sur des notions statistiques découlant de la littérature médicale, ainsi que sur des éléments subjectifs transmis par son patient et ce, alors même que l'on se trouve dans un contexte de conflit asséurologique. Selon le SMR, le Dr F\_\_\_\_\_ n'amène aucun argument clinique objectif (observation directe de l'assuré ou status rhumatologique en bonne et due forme, par exemple), hormis l'imagerie radiologique insuffisante à elle seule pour déterminer une capacité résiduelle sans avoir été corrélée à la clinique. Si tel est le cas, une lésion de ce type peut parfois justifier une diminution de rendement de 20 à 30% au maximum. Enfin, le SMR relève que le Dr F\_\_\_\_\_ ne prend pas position quant à la capacité résiduelle de travail de son patient ou au taux de diminution de rendement éventuel.

Concernant la pathologie des genoux, le SMR fait remarquer que les limitations fonctionnelles y relatives ont été prises en compte et que la capacité résiduelle de travail retenue s'entend dans une activité adaptée non seulement à l'atteinte rachidienne mais également à celle des genoux. Il suggère de compléter le descriptif des limitations fonctionnelles en rajoutant qu'il convient d'éviter les montée et descente d'escaliers régulières, les déplacements en terrain instable et un périmètre de marche trop important.

De manière générale, le SMR s'insurge des termes utilisés par le Dr F\_\_\_\_\_, dont il considère qu'ils sont péjoratifs, alors même que le but d'une expertise est de mettre en évidence les incohérences entre éléments subjectifs et constatations objectives et non de dénigrer l'assuré. A cet égard, le SMR relève que tant le Dr E\_\_\_\_\_ en 2011 que les experts du CEMed en 2012 ont mis en évidence des incohérences.

En fin de compte, le SMR considère que le rapport du Dr F\_\_\_\_\_, en tant qu'il n'apporte aucun fait médical nouveau qui aurait été ignoré, ne constitue qu'une interprétation différente d'une même situation.

Le SMR reconnaît cependant que l'expertise du CEMed n'est pas totalement explicite sur les raisons pour lesquelles aucune diminution de rendement n'a été retenue en lien avec les lésions inflammatoires au niveau des lombaires. Afin d'y remédier, il suggère une nouvelle IRM, afin de vérifier l'évolution de ces lésions.

Enfin, il souligne ne disposer d'aucun document médical quant à l'aggravation de santé ayant suivi la chute de l'assuré dans les escaliers en 2014, chute qui s'est soldée par une fracture de l'os pubien. A cet égard, il fait remarquer que, dans un contexte de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, l'origine des troubles de l'équilibre reste encore à déterminer.

24. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 8 mai 2014 au cours de laquelle a été entendu le Dr F\_\_\_\_\_.

Le témoin a confirmé son désaccord avec les conclusions des experts. A cet égard, il a fait valoir que, dans ce type de situation, il convient de procéder à un examen clinique, puis de vérifier s'il est corrélé par l'imagerie, ce qui est le cas du recourant.

Selon le témoin, les experts n'ont pas tenu compte de la pathologie dont souffre son patient au niveau du genou, atteinte qui entraîne des limitations supplémentaires.

Il considère qu'au final, on atteint une telle liste de limitations fonctionnelles que l'on peut se demander s'il est raisonnable d'exiger encore une activité lucrative à plein temps. Compte tenu du nombre de limitations d'une part, de la difficulté à se mettre en route le matin d'autre part, le témoin évalue pour sa part la capacité résiduelle de son patient à 50%, même dans une activité adaptée, ce qu'il justifie également par le fait que l'assuré présente une particularité dont n'ont pas non plus tenu compte les experts : il souffre plus le matin et le soir qu'en milieu de journée.

Le témoin a au surplus fait état d'une péjoration remontant au 4 février 2014, date à laquelle l'assuré s'est fracturé le bassin en chutant dans des escaliers, la fracture n'étant toujours pas consolidée.

Le témoin a souligné que l'arthrose dont l'assuré souffre au niveau des genoux augmente le risque de chute, d'autant que le gauche (moins douloureux, bien que plus atteint) a tendance à lâcher de manière intempestive. Le genou droit, plus limité, est cependant plus stable.

Les situations statiques entraînent un « enraidissement » ayant lui-même pour conséquence la nécessité d'une nouvelle période de mise en route. La position assise n'est en tout cas pas une position de repos pour le dos. Quant à la station debout, elle peut également poser problème au bout d'un certain temps, s'il y a sur-sollicitation.

25. Le même jour a été entendu le Dr H\_\_\_\_\_, psychiatre, qui suit l'assuré à raison d'une consultation toutes les trois à quatre semaines depuis octobre 2012.

Le psychiatre a indiqué que l'état de l'assuré varie dans la mesure habituelle aux états dépressifs, sans véritable amélioration, même sous traitement.

Il a expliqué que l'assuré, à l'origine sportif et actif, s'est renfermé sur lui-même. Outre la tristesse et le découragement, les symptômes consistent également en de la faiblesse, un manque de concentration et des troubles de la mémoire. Le recourant souffre de cet état d'inactivité et de dépendance financière.

Le diagnostic retenu par le témoin est toujours le même : épisode dépressif d'intensité variant de moyenne à sévère, en raison de l'intensité des symptômes et du retrait social, notamment.

Selon le témoin, l'assuré est dans l'incapacité totale de travailler, en tout cas depuis qu'il le suit, voire même avant, selon l'anamnèse.

Le psychiatre traitant a fait part de son désaccord quant aux constatations cliniques de l'expert psychiatre qui, à son sens, a banalisé les symptômes observés. A titre d'exemple, l'assuré a été qualifié de « presque normo-thymique », ce qui n'est pas le cas.

26. Par écriture du 8 mai 2014, l'intimé a sollicité une nouvelle IRM lombaire et l'envoi du dossier radiologique complet aux experts du CEMed pour prise de position.

Quant au revenu avant invalidité, l'intimé maintient que l'attestation fiscale 2010 ne peut entrer en considération dans le cadre du calcul du degré d'invalidité, dans la mesure où l'atteinte à la santé est survenue en 2009 déjà.

Quoi qu'il en soit, il souligne que le revenu exigible après invalidité a été fixé à CHF 45'873.-, de sorte que même si le montant de CHF 40'640.- suggéré par le recourant était retenu, il n'en resterait pas moins que le degré d'invalidité serait toujours égal à zéro.

27. Le 12 mai 2014, le Dr F\_\_\_\_\_ a procédé à une nouvelle IRM lombaire, qui a permis de constater une minime composante de MODIC I (inflammatoire), une ostéophytose antérieure des corps vertébraux de D10 à L1, un MODIC II (graisseux), des érosions de surface du plateau vertébral inférieur de L4, une arthrose inter-facettaire postérieure L5-S1 droite, une discopathie dégénérative L4-L5 avec protrusion discale venant largement au contact de la racine L4 gauche, une discrète protrusion discale sous-ligamentaire foraminale gauche L5-S1 et l'absence de hernie discale ou de conflit radiculaire lombaire.

28. Dans un rapport du 23 mai 2014, le Dr F\_\_\_\_\_, après avoir soumis l'ensemble du dossier radiologique concernant le rachis de l'assuré à la réunion hebdomadaire de radiologie-rhumatologie des HUG, a résumé ses constatations comme suit :

- 14 septembre 2010 : discopathie L4-L5 avec un MODIC I et II (inflammatoire et graisseux),
- 3 août 2012 : augmentation de la composante inflammatoire au niveau L4-L5, apparition de petits signes inflammatoires en L1-L2,
- 9 février 2014 : disparition de la composante inflammatoire en L4-L5, diffusion de discrets signes inflammatoires à d'autres étages lombaires.

Au niveau de la stricte interprétation des images, le médecin a confirmé l'existence d'une composante inflammatoire bien visible et localisée déjà en 2010, augmentant nettement en 2012 puis régressant au niveau L4-L5, mais avec une tendance à s'étendre discrètement sur plusieurs autres vertèbres lombaires.

Il a souligné que la description d'images de type MODIC I a pour implication une mise en route matinale plus importante et que, conjointement à ces éléments

inflammatoires, il existe une composante mécanique correspondant à une dysfonction musculaire et un déconditionnement musculaire qui entraînent également des douleurs et un handicap fonctionnels qui peuvent être importants. Ces éléments fluctuent non seulement au fil des années mais également au quotidien, de sorte qu'il n'y a aucune incohérence à alléguer qu'une tâche ou une position ne sont possibles que pendant un temps limité mais plus faciles à d'autres moments.

29. Interpellé, le CEMed a brièvement répondu en date du 26 juin 2014, dans les termes suivants : « les éléments apportés par le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ et le rapport de la nouvelle IRM ne modifient aucunement les conclusions de l'expertise sur le plan rhumatologique, le médecin n'apporte aucun élément nouveau ».
30. Par écriture du 25 septembre 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions visant l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

L'assuré dit se sentir objectivement incapable de travailler à plein temps.

Il allègue que sa vie sociale a diminué de 80%, sa vie sexuelle de 90% et sa vie sportive de 100%.

Selon lui, les obstacles à une reprise du travail sont une perte de sa confiance en soi, une mobilité fortement réduite, des douleurs dorsales quasi constantes, son âge, le besoin de traitements réguliers « monopolisants » et les difficultés du monde du travail.

Retenant que son psychiatre conclut à une incapacité de travail de 100% et le rhumatologue à une capacité réduite à 50%, le recourant en tire la conclusion qu'il ne peut réaliser le moindre revenu.

31. L'intimé a également persisté dans ses conclusions en date du 2 octobre 2014.

### **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 depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à

prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés (ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003) a apporté des modifications, notamment en matière de procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

6. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités

---

raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

9. Se basant sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du CEMed, l'OAI a considéré que, si l'assuré n'était effectivement plus capable d'exercer son activité habituelle de chauffeur de taxi depuis janvier 2010, il avait en revanche recouvré, à compter de juin 2010, une pleine capacité à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce que le recourant conteste.

Il convient en premier lieu d'examiner quelle valeur probante peut être reconnue à l'expertise pluridisciplinaire effectuée par les Drs I\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_, et K\_\_\_\_\_.

On peut relever que les experts se sont livrés à une anamnèse précise et se sont fait l'écho des plaintes du recourant, avant de détailler leurs propres observations objectives. Leur rapport se fonde sur des examens cliniques du recourant, est établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction, si ce n'est que - comme l'a fait remarquer à juste titre le SMR dans son avis du 28 avril 2014 - les experts ne sont pas totalement explicites quant aux raisons pour lesquelles aucune limitation de rendement n'a été

retenue en lien avec les lésions inflammatoires au niveau lombaire. Il sera revenu sur ce point ultérieurement.

Dans l'ensemble, il y a donc lieu de reconnaître pleine valeur probante à cette expertise, d'autant plus que l'ensemble des considérations émises par les médecins examinateurs sur le plan somatique est corroboré par les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_, qui s'était précédemment penché sur le dossier.

Ainsi, les diagnostics retenus par les experts du CEMed (lombalgies chroniques avec sciatalgies droites intermittentes sur troubles dégénératifs étagés au niveau lombaire et gonalgies bilatérales) rejoignent ceux retenus par le Dr E\_\_\_\_\_ (lombocruralgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire, avec petite hernie discale L4-L5 non-compressive et un syndrome rotulien gauche), étant précisé que l'état des genoux du recourant s'est dégradé dans l'intervalle, ce qui n'est pas contesté.

De même, les limitations fonctionnelles retenues par les experts du CEMed rejoignent celles du Dr E\_\_\_\_\_ (éviter le port fréquent de charges de plus de 5 kg, le port occasionnel de charges de plus de 8 kg, les positions accroupie ou agenouillée, les flexions antérieures du tronc, les stations assises au-delà d'une heure, les stations debout au-delà de trente minutes, ainsi que l'exposition au froid, l'alternance, trois fois par heure, des positions assise et debout et le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. La nécessité de devoir éviter le franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers et les longs trajets à pied, omis par les experts du CEMed mais mentionné par le Dr E\_\_\_\_\_, a été admise par le SMR et l'intimé (cf. avis du 28 avril 2014).

Les experts du CEMed, comme le Dr E\_\_\_\_\_ avant eux, ont conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations.

Ni les diagnostics somatiques posés ni les limitations qu'ils engendrent ne sont réellement contestés par le médecin traitant, lequel critique en premier lieu l'évaluation des conséquences des dites atteintes sur la capacité de travail de son patient, qu'il estime à 50% tout au plus. Force est de constater que l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ ne constitue en fin de compte qu'une interprétation différente d'une même situation. Qui plus est, ce médecin s'est livré à des considérations ne relevant pas de son domaine (décompensation psychique, échelles de dépression et d'anxiété sans valeur si elles ne sont pas comparées à l'examen psychiatrique et ne pouvant être interprétées seules).

Il n'en demeure pas moins que, sur un point, le SMR donne raison au médecin traitant : les experts du CEMed n'ont pas expliqué les raisons pour lesquelles ils ne retenaient aucune diminution de rendement en lien avec les lésions inflammatoires avérées au niveau des lombaires. A cet égard, le SMR a convenu qu'en cas de corrélation entre la clinique et l'imagerie, de telles lésions étaient de nature à entraîner une diminution de rendement de 20 à 30%. Or, la nouvelle imagerie réalisée par le Dr F\_\_\_\_\_ à la demande de la Cour de céans a démontré cette

corrélation et a confirmé l'existence d'une composante inflammatoire bien visible et localisée déjà en 2010, augmentant nettement en 2012, puis régressant au niveau L4-L5, mais avec une tendance à s'étendre discrètement sur plusieurs autres vertèbres lombaires.

Au vu des considérations qui précèdent et du fait que la situation a été suffisamment investiguée sur le plan somatique, il n'y a pas lieu de mettre sur pied une nouvelle expertise.

La Cour de céans suivra donc les conclusions de l'expertise du CEMed, en reconnaissant cependant au recourant la diminution de rendement de 30% considérée comme admissible par le SMR en cas de corrélation des examens. D'autant que cette diminution de rendement se justifie également au vu des explications du médecin traitant quant à la « mise en route » difficile de son patient. Par ailleurs, la liste des limitations fonctionnelles retenues par le CEMed sera également complétée dans le sens proposé par le SMR (éviter les montées et descentes d'escaliers régulières, les déplacements en terrain instable et les longues marches).

Ainsi que le fait remarquer le médecin traitant, les limitations fonctionnelles finalement retenues sont nombreuses. Cependant, on ne saurait en conclure qu'elles excluent toute activité : la jurisprudence considère qu'au vu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - (arrêt I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4), un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques du recourant. Au demeurant, elles sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêts 9C\_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4 et 8C\_657/2010 du 19 novembre 2010 consid. 5.2.3).

Pour ce qui est du plan psychique, les experts du CEMed n'ont retenu qu'un épisode dépressif léger, contrairement au psychiatre traitant qui, lui, conclut à un épisode dépressif d'intensité variant de moyenne à sévère, en raison de l'intensité des symptômes et du retrait social, notamment.

Si le psychiatre traitant exprime son désaccord quant aux constatations cliniques de l'expert psychiatre qui, à son avis, a banalisé les symptômes observés, force est de constater qu'il n'amène aucun élément objectif susceptible de faire douter des conclusions des experts. Sur ce point, il convient donc de suivre les conclusions des experts.

En définitive, c'est donc une capacité résiduelle de travail de 100%, diminuée de 30%, qui doit être reconnue à l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées plus haut et ce, dès le 14 septembre 2010 - date à laquelle la consolidation de la fracture du coccyx a été avérée. Auparavant, conformément aux conclusions du Dr E\_\_\_\_\_, la capacité du recourant a été de 0% du 1er janvier

---

au 5 juillet 2010, de 50% jusqu'au 22 août 2010, puis à nouveau de 0% jusqu'au 14 septembre 2010.

C'est par ailleurs en vain que le recourant invoque son âge (56 ans au moment de l'ouverture éventuelle du droit). Le Tribunal fédéral a en effet estimé, dans le cas qu'un assuré, âgé de 58 ans lors de l'ouverture éventuelle du droit, respectivement de 60 ans au moment de la décision litigieuse, n'avait pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf. arrêts 9C\_695/2010 du 15 mars 2011, 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.3, 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2).

A l'instar de l'assuré ayant fait l'objet de cette jurisprudence, le recourant n'a pas atteint le seuil à partir duquel on peut admettre qu'il n'aurait plus la possibilité de réintégrer le marché du travail.

Quant à la péjoration ultérieure, alléguée par le recourant et le Dr F\_\_\_\_\_, elle sort du cadre du litige soumis à la Cour de céans dans la mesure où elle remonte au 4 février 2014 et est donc postérieure à la décision litigieuse. Si cette aggravation devait se confirmer, il appartiendrait au recourant de saisir l'intimé d'une nouvelle demande.

10. Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé.

a) Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à un trois-quarts de rente si son invalidité atteint au moins 60% et à une rente entière si son degré d'invalidité atteint 70%.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

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 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

Il convient encore de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut dès lors pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

b) En l'espèce, le recourant a travaillé plusieurs années comme chauffeur de taxi indépendant. Pour déterminer son revenu au moment de l'ouverture éventuelle du droit aux prestations, soit en 2010, l'intimé s'est référé au rassemblement des comptes individuels AVS de l'intéressé, retenant les meilleures années antérieures à l'atteinte à la santé et indexant la moyenne ainsi obtenue. Cette façon de faire est correcte et les renseignements obtenus pertinents, puisque le montant ainsi retenu se rapproche du salaire déterminant au sens de l'AVS. Cette manière de procéder est bien plus concrète que celle proposée par le recourant, qui consisterait à retenir le montant de ses « produits d'exploitation » pour l'année 2010, postérieure à l'atteinte à sa santé.

Sur ce point, il n'y a pas lieu de s'écarter du montant de CHF 27'191.- retenu par l'intimé.

En revanche, s'agissant du revenu après invalidité, il y a lieu de tenir compte d'une diminution de rendement de 30%, conformément à ce qui a été exposé supra.

Si l'on se base sur l'ESS 2010 (TA1, niveau 4 = CHF 4'901.-/mois pour 40h./sem. = CHF 5'097.-/mois pour 41,6 h./sem. = CHF 61'164.50 par an à plein temps = CHF 42'815.- à 70%), cela correspond à un revenu final de CHF 32'111.-, après réduction supplémentaire de 25% telle qu'admise par l'intimé.

Force est de constater que la comparaison des deux montants ainsi obtenus conduit à un degré d'invalidité de 0%, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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