RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/424/2020 **ATAS/374/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 avril 2021

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o B_____, à CHÊNE-BOURG recourant

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en mars 1972, employé comme monteur dans le domaine du chauffage et de la ventilation, a été victime d'un accident en novembre 2011 : l'assuré a glissé de l'échelle sur laquelle il était monté et a chuté sur le côté droit, au niveau de la hanche. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

2. En décembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une lombosciatique droite.

3. Ont notamment été versés au dossier :

   - un rapport de consultation du département des neurosciences cliniques des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 12 mars 2012 concluant à des lombosciatalgies S1 à droite avec déficit sensitivomoteur sur volumineuse hernie paramédiane L5-S1 droite et conflit radiculaire S1 à droite ;

   - un rapport du docteur C_____, médecin traitant, du 14 décembre 2012, confirmant le diagnostic de lombosciatalgie chronique post-traumatique avec volumineuse hernie discale ayant entraîné une totale incapacité de travail depuis le 6 février 2012 dans l'activité habituelle et suggérant une réorientation professionnelle ;

   - un avis du Service médical régional de l'OAI (SMR) du 24 mai 2013 confirmant que l'activité habituelle semblait effectivement compromise car elle sollicitait beaucoup le dos et préconisant d'évaluer l'assuré au moyen de stages professionnels respectant le rachis afin de mieux cerner son rendement et la capacité de travail exigible dans une activité adaptée ;

   - une appréciation du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, estimant qu'au vu du contexte et de la profession habituelle de monteur chauffagiste et de l'activité physique non négligeable qu'elle impliquait, il faudrait sans doute envisager un reclassement professionnel ;

   - un rapport d'examen final du Dr D_____ du 24 novembre 2013 considérant qu'à deux ans de l'épisode traumatique et en prenant en considération l'évolution des six derniers mois, l'état de la colonne lombaire était suffisamment stabilisé pour permettre un bilan assécurologique et un bilan final ; les effets délétères de l'évènement déclaré en 2011 ne jouaient plus de rôle dans l'évolution du cas ; était notée l'existence d'un canal lombaire étroit congénital ;

- une décision de la SUVA du 14 mars 2014 mettant fin au versement de ses prestations avec effet au 31 mars 2014 ;
- les conclusions prises le 12 juin 2014 par les Etablissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), auxquels l'OAI avait adressé l'assuré pour une mesure d'orientation professionnelle, relatant que l'intéressé s'était plaint de douleurs dans le bas du dos après 1 h. 30 - 2 h. d'activité, de fourmillements le long de la jambe droite et également dans la main droite, que la position assise lui avait également posé des difficultés, qu'une observation dans le domaine de l'horlogerie ne s'était pas avérée concluante (difficultés avec la loupe, tenue difficile de la position, manque de précision), que l'assuré n'avait pu être observé sur un temps supérieur à 50% et que, dans ce contexte, son intégration dans le circuit économique ordinaire était peu envisageable ; les capacités physiques de l'assuré étaient compatibles avec des activités légères et pratiques, en position assise, lui laissant la possibilité d'alterner les positions lorsqu'il en ressentait le besoin ; durant tout le stage l'assuré s'était montré peu dynamique ; il avait manqué au total cinq jours, il avait montré une résistance insuffisante ; la capacité d'apprentissage était lente et limitée à des activités simples ; le niveau de mémorisation visuelle était faible, de même que la capacité d'attention ; les connaissances scolaires et l'intégration linguistique étaient limitées ; l'assuré ne disposait pas des ressources pour acquérir de nouvelles connaissances ; le potentiel était dès lors limité à des activités manuelles simples et répétitives ne nécessitant qu'une simple mise au courant pratique basée sur la répétition et/ou la démonstration ;
- un rapport de réadaptation professionnelle du 16 février 2015, prenant note que l'observation en horlogerie ne s'était pas avérée concluante, que le médecin traitant avait attesté d'une inaptitude au travail momentanée suite au stage et qu'il qualifiait pour le surplus l'état de santé de son patient de stationnaire avec un mauvais pronostic ;
- un avis du SMR du 18 septembre 2015 rappelant que l'assuré avait souffert d'un traumatisme dorsal après une chute en 2011, qu'il souffrait depuis lors de lombosciatalgie S1 droite déficitaire sur une volumineuse hernie paramédiane L5-S1 droite entrant en conflit avec la racine S1 droite, qu'il souffrait également d'un canal lombaire étroit congénital constitutionnel et d'une dégénérescence discale D11, D12, L5 et S1, que les douleurs étaient devenues incapacitantes depuis le 6 février 2012, que cette atteinte justifiait pleinement une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité habituelle de monteur chauffagiste qui ne respectait pas les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, que l'assuré avait été vu le 8 octobre 2013 par le Dr D_____ qui avait considéré la situation comme stabilisée et qu'il convenait de mettre en place une expertise pluridisciplinaire en rhumatologie, psychiatrie et éventuellement neurochirurgie ;

- le rapport rendu par le CEMEDEX de Fribourg, plus particulièrement par les docteurs E_____, spécialiste FMH en médecine générale, F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur en date du 26 février 2019, retenant à titre de diagnostics : un lumbago chronique avec lombosciatalgie S1 droite, des céphalées pariéto-occipitales d'origine indéterminée, une probable neuropathie du nerf cubital au coude droit et un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique ; la situation était similaire, sur le plan fonctionnel, à celle décrite par le Dr D_____ dans son dernier rapport ; dans la profession habituelle, la capacité de travail était nulle depuis le 24 novembre 2011, date de l'accident ; après évaluation consensuelle, la capacité de travail dans une activité adaptée avait été évaluée à 100% sans baisse de rendement en respectant les limitations fonctionnelles (port de charges limité à 5-10 kg, pas de mouvements répétés de la colonne dorsolombaire en flexion et en rotation, pas de travail en hauteur, pas de station debout ou accroupie prolongée) et ce, depuis le 1er juillet 2014, début du mois ayant suivi la fin des stages aux EPI ; il était précisé que cette évaluation consensuelle avait été rendue en présence de tous les experts concernés et également sur la base du rapport d'expertise de la doctoresse H_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, qui, le 17 octobre 2018, avait conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée ;
- le rapport d'expertise orthopédique du 26 février 2019, concluant à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée en raison de l'état de santé et compte tenu du fait que, lors du stage aux EPI, le taux horaire avait dû être rapidement baissé de 100 à 50% sur présentation d'un certificat médical ;
- le rapport d'expertise psychiatrique du 26 février 2019, concluant à une capacité de travail de 100% depuis toujours ;
- le rapport d'expertise de médecine interne du 26 février 2019, concluant à une pleine capacité de travail dans toute activité ;
- un avis du SMR du 29 mai 2019 se ralliant aux conclusions de l'expertise quant à la capacité de travail, mais s'en écartant en revanche quant au début de l'aptitude à la réadaptation, au motif que le Dr D_____ attestait déjà d'un état stabilisé en octobre 2013 et qu'il convenait par ailleurs de retenir, en sus des limitations énoncées par les experts, des limitations sur le plan psychiatrique, vu le status décrit (ralentissement psychomoteur léger et manque de précision concernant les dates) ;
- une détermination du degré d'invalidité expliquant qu'une déduction supplémentaire de 10% était accordée sur le revenu d'invalide pour tenir compte du fait que seule une activité légère était possible.

4. Par décision du 5 décembre 2019, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité pour une période limitée du 1er juin 2013 au 31 janvier 2014.

L'OAI a admis une totale incapacité à exercer l'activité habituelle depuis le 1er juin 2011, mais considéré que, dans une activité adaptée à son état de santé, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 8 octobre 2013.

Dès lors, il a comparé le revenu qu'aurait réalisé l'assuré sans atteinte à sa santé, soit CHF 68'880.-, à celui qu'il aurait obtenu malgré celle-ci, soit CHF 59'088.-, ce qui l'a conduit à une perte de gain de CHF 9'792.- correspondant à un degré d'invalidité de 14%, insuffisant pour ouvrir droit à des mesures professionnelles ou à une rente.

S'agissant plus particulièrement d'une mesure d'orientation professionnelle, l'OAI a considéré qu'au vu du large éventail d'activités non qualifiées recouvertes par les secteurs de la production et des services, un nombre significatif était adapté aux limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé.

La demande de prestations ayant été déposée le 6 décembre 2012, l'ouverture du droit a été fixée au 1er juin 2013, soit six mois plus tard.

L'OAI a enfin précisé s'écarter des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire réalisée en février 2019 au motif que le Dr D_____ avait attesté d'un état stabilisé en octobre 2013 déjà, raison pour laquelle il y avait lieu de fixer à ce moment-là le début de l'aptitude à la réadaptation.

5. Par écriture du 3 février 2020, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

Il conteste les conclusions du rapport d'expertise de février 2019, arguant que :

- ces conclusions seraient incohérentes dans la mesure où, en page 5 (point 4.8), il est indiqué que sa capacité de travail résiduelle est de 100% à partir du 1er juillet 2017 alors même que, dans la partie dédiée à l'expertise orthopédique, cette capacité de travail est fixée à 50% (point 8) ;
- selon ses médecins traitants, les docteurs C_____ et I_____, il est très limité dans toutes ses activités, que ce soit sur le plan psychique ou physique ; il prend d'ailleurs des anti-inflammatoires tous les jours, ainsi que des antidépresseurs et des anxiolytiques ;
- il a effectué un stage aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI) du 10 mars au 8 juin 2014 ; ce stage, commencé à un taux de 100%, a dû être réduit à 50% après un mois en raison de ses douleurs et limitations, sur prescription de son médecin traitant, alors même qu'il s'agissait d'une activité adaptée exercée dans un contexte professionnel bienveillant qu'il ne pourra vraisemblablement pas retrouver sur le marché du travail normal.

Le recourant soutient qu'il ne peut exercer qu'à 50% au maximum une activité adaptée.

Il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité au-delà de janvier 2014, ainsi qu'à l'octroi de mesures professionnelles, sans préciser lesquelles.

A l'appui de sa position, le recourant produit, notamment :

- un bref certificat du Dr C_____ du 26 septembre 2019 rappelant que son patient est sans activité depuis 2012, que le soulèvement et le port de charges est difficile et qu'il est totalement incapable d'exercer une activité à plein temps ;
- un rapport de la Dresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, du 1er octobre 2019, indiquant qu'elle suit le recourant depuis 2018 pour un trouble anxiodépressif réactionnel à sa situation sociale et se référant, s'agissant de la capacité de travail, à l'avis du médecin-traitant.

6. Par courrier du 5 février 2020, l'intimé, questionné par la Cour de céans, a précisé que la décision litigieuse avait été notifiée sous pli simple.

7. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 11 mars 2020, a conclu au rejet du recours.

   Il produit un avis émis par le SMR en date du 9 mars 2020.

   Celui-ci estime que le rapport médical de la Dresse I_____ du 1er octobre 2019 n'apporte pas de nouvel élément objectif et rappelle qu'il a tenu compte d'un trouble dépressif d'intensité moyenne entraînant des limitations fonctionnelles psychiatriques.

   Quant au rapport du Dr C_____ du 26 septembre 2019, il décrit une lombosciatalgie droite, un Lasègue à droite et une marche sur la pointe des pieds impossible, ce dont le SMR tire la conclusion qu'il y a plutôt eu une amélioration clinique, puisque, lors des expertises orthopédique et neurochirurgicale, la distance doigts-sol était de 1 mètre (en lieu et place de 30 cm désormais) et le Lasègue de 90° (en lieu et place de 30° désormais).

8. Dans sa réplique du 15 mai 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions.

   Il maintient que le rapport du CEMEDEX comporte une contradiction dans la mesure où l'expert orthopédique a conclu à une activité adaptée à raison de 50% au plus avant de se ranger à l'avis de ses collègues en consilium. Or, ses problèmes orthopédiques sont au cœur de ses limitations fonctionnelles.

   Il reproche également à l'OAI de s'être écarté des conclusions des maîtres socio-professionnels des EPI, qui corroborent pourtant celles de l'expert orthopédiste.

9. Dans sa duplique du 15 juin 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

10. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 14 janvier 2021, au cours de laquelle a été entendu le Dr C_____, qui suit l'assuré depuis 2014 et qui a précisé n'avoir pas eu connaissance de l'expertise.

    Le médecin a exprimé l'avis que son patient pourrait théoriquement travailler entre 50 et 100% mais qu'un 100% est difficilement envisageable parce qu'il est désormais âgé de 50 ans, qu'il lui sera difficile de trouver une activité qui lui convienne et qu'il est éloigné du marché du travail depuis son accident, survenu en 2011.

Si le stage et les tests menés par les EPI n'ont pu l'être à leur terme, c'est que l'assuré semble ne pas pouvoir conserver longtemps certaines positions statiques.

Informé que le SMR avait conclu de son rapport du 26 septembre 2019 qu'il y avait eu amélioration sur le plan orthopédique, le témoin a précisé que son patient s'était plutôt adapté à sa pathologie et à la fonction sciatique déficiente : il compense, ce qui explique les variations qu'il peut y avoir à l'examen.

11. A l'issue de l'audience, 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), 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. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Le recours étant alors déjà pendant devant la Cour de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 janvier 2014.

5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 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).

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

   En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI).

   Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

   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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

7. 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

   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).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

   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. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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 351 consid. 3b/ee).

d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58

consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

e. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

g. 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).

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 y compris d'ordre médical 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 et 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). 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).

9. 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. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour

que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

10. 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).

11. En l'espèce, l'intimé a considéré qu'à compter d'octobre 2013, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ce que l'intéressé conteste en invoquant notamment l'avis de l'expert orthopédiste du CEMEDEX, celui de son médecin traitant et le fait que son stage auprès des EPI n'a pas été couronné de succès. Il ne s'estime pour sa part apte qu'à travailler à 50% tout au plus.

    En l'occurrence, l'expertise pluridisplinaire a été pratiquée, à laquelle il convient de reconnaître pleine valeur probante. En effet, elle répond aux réquisits jurisprudentiels et ses conclusions sont convaincantes. Ainsi que le fait remarquer l'intimé, le fait que l'un des experts ait conclu, au terme de son rapport individuel, à une capacité de travail de 50% avant de se ranger à l'avis de ses collègues et d'admettre une pleine capacité de travail ne suffit pas à jeter le doute sur les conclusions du consilium, celui-ci ayant justement pour objectif d'arriver à un consensus après avoir confronté les opinions des différents spécialistes. Qui plus est, on notera que l'argumentation développée par l'expert orthopédiste à l'appui d'une capacité de travail réduite n'était pas étayée par des éléments objectifs mais par le simple fait que le taux du stage aux EPI avait été réduit de 100% à 50% sur certificat médical.

    Or, il apparaît que le stage proposé au recourant par les EPI - d'ouvrier de précision en horlogerie - ne répondait clairement pas à la description d'une activité adaptée telle que ressortant de l'expertise puisqu'il impliquait une position statique prolongée à l'établi. On ne saurait dès lors tirer de conclusion valable du fait que cette position ait réveillé les dorsolombalgies de l'assuré quant à sa capacité à exercer une activité véritablement adaptée à son état.

    C'est aussi le lieu de rappeler, s'agissant du rapport des EPI, que, selon la jurisprudence, les informations recueillies au cours d'un stage d'observation ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé des médecins, à qui il appartient au

premier chef de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer quelle activité et dans quelle mesure celui-ci est capable d'exercer. En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et doivent l'emporter en principe sur les constatations faites lors d'un stage d'observation professionnelle, susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré durant le stage.

En l'occurrence, lors du stage aux EPI, il a été noté que l'assuré disposait de bonnes capacités d'intégration sociale et de capacités physiques compatibles avec des activités manuelles simples, légères et pratiques s'effectuant en position assise et laissant la possibilité d'alterner les positions lorsque l'intéressé en ressent le besoin.

Un rendement globalement réduit dû à un manque de dynamisme, à une lenteur d'exécution et un rendement insuffisant ont été relevés, dont l'intimé a tenu compte puisqu'il s'est rangé à l'avis du SMR selon lequel il fallait y voir là des limitations fonctionnelles supplémentaires à prendre en compte : il conviendra de privilégier une activité de type élémentaire, manuelle et simple, ne nécessitant pas de grandes capacités de concentration ou de mémorisation.

Quant au médecin-traitant, il n'apporte pas d'élément objectif permettant de s'écarter des conclusions de l'expertise. Au contraire, ainsi que le fait remarquer le SMR, les données cliniques sont plutôt meilleures que celles notées par les experts (distance doigts-sol de 30 cm au lieu d'un mètre et Lasègue de 30° au lieu de 90°). Peu importe que cela soit le résultat d'une amélioration clinique ou d'une compensation par l'assuré qui s'adapte au fil du temps à sa pathologie. Le résultat n'en demeure pas moins là.

Le médecin-traitant a d'ailleurs admis en audience que son évaluation de la capacité de travail reposait plutôt sur des facteurs extra-médicaux, à savoir le long éloignement de son patient du marché du travail et son âge.

Eu égard aux considérations qui précèdent, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du consilium d'experts telles que modulées par le SMR, à savoir, une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée aux limitations tant fonctionnelles que psychiques, c'est-à-dire dans une activité simple et répétitive n'impliquant ni port de charges de plus de 5-10 kg, ni mouvements répétés de la colonne dorsolombaire en flexion et en rotation, ni travail en hauteur, ni position statique prolongée, ni capacités de concentration importantes, accessible par une simple mise au courant pratique.

Le calcul du degré d'invalidité n'est pas contesté, pas plus que la date d'ouverture du droit à la rente, de sorte que la décision de l'intimé s'avère en tous points bien fondée. Le recours est donc rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À 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
Marie-Catherine SÉCHAUD	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