

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/670/2018

ATAS/1231/2018

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

**Arrêt du 27 décembre 2018**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, représenté par  
l'Association suisse des assurés (ASSUAS)

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ 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'intéressé), ressortissant de Bosnie-Herzégovine, né le \_\_\_\_\_ 1964, marié, père de deux enfants, est arrivé en Suisse en septembre 1993 en tant que requérant d'asile.

Dans son pays d'origine, il avait exercé le métier de menuisier. Placé au foyer B\_\_\_\_\_ par l'aide aux requérants d'asile de l'Hospice général (HG), il a, d'octobre 1993 à octobre 1994, effectué des travaux d'utilité communautaire (peinture, entretien du parc, aide à la vigne et nettoyages), en échange d'une partie des prestations de l'assistance.

2. En décembre 1993, l'intéressé a été opéré d'une hernie discale L5-S1, laquelle a entraîné une totale incapacité de travail du 25 novembre 1993 au 30 janvier 1994.

En décembre 1998, une nouvelle intervention a été pratiquée (récidive volumineuse d'une hernie discale L5-S1 droite).

3. Le 26 juin 2000, l'assuré a déposé une demande de mesures médicales de réadaptation auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), qui l'a rejetée par décision du 30 juillet 2002, au motif que l'intéressé n'était pas assuré lors de la survenance de l'invalidité : l'incapacité de travail remontait à la fin de l'année 1993 au moins, de sorte que la survenance de l'invalidité était antérieure à l'arrivée en Suisse.

4. Saisi d'un recours de l'intéressé, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) - alors compétent - l'a admis par arrêt du 1<sup>er</sup> juin 2004 (ATAS/425/2004) et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Le TCAS a considéré que l'intéressé était capable de travailler à son arrivée en Suisse, de sorte que la survenance de l'invalidité ne pouvait pas être fixée à une date antérieure.

Cet arrêt a été rendu sur la base d'un dossier auquel avaient notamment été versés les documents suivants :

- un rapport médical du 14 août 2000 du docteur C\_\_\_\_\_, médecin traitant, concluant à des lombalgies chroniques avec syndrome radiculaire S1 droit invalidant, sur hernie discale L5-S1 (1993 et 1998), à une hernie discale L4-L5 gauche, à une fibrose post-opératoire, à un syndrome pluri-métabolique, à un diabète de type II, à une hyperlipidémie, à une hyperuricémie et à un état anxio-dépressif ; le médecin indiquait que l'intéressé avait eu besoin d'un traitement médical depuis août 1992 ; l'incapacité de travail était totale depuis septembre 1993 ;

- un rapport ultérieur du 27 mai 2002 de ce même médecin, précisant qu'il ne suivait l'intéressé que depuis 1998 et corrigeant son rapport du 14 août 2000 en ce sens que le patient avait recouvré une pleine capacité de travail dès janvier 1994 ;
- un rapport rédigé le 5 juin 2001 par le docteur D\_\_\_\_\_, émettant l'avis qu'il était illusoire d'envisager une quelconque activité professionnelle, vu l'état de santé de l'intéressé et le contexte social ;
- un courrier rédigé le 21 mai 2002, où le Dr D\_\_\_\_\_ précisait que l'intéressé avait été en arrêt de travail durant huit semaines à compter du 25 novembre 1993, puis du 10 au 30 janvier 1994 ;
- un nouveau courrier du Dr D\_\_\_\_\_ du 26 février 2004 expliquant que, théoriquement et dans le meilleur des cas, la durée de l'arrêt de travail, dans une activité telle que celle exercée précédemment, était d'environ quatre mois après une cure de hernie discale ; néanmoins, 30% des patients exerçant une activité pénible physiquement ne reprenaient jamais le travail ; s'agissant de l'intéressé, la situation était encore compliquée par des difficultés d'ordre culturel, ainsi qu'une récurrence, opérée en 1998, avec des séquelles sous forme de lombalgies mécaniques invalidantes ; la capacité de travail de l'intéressé était nulle depuis 1998 dans sa profession de menuisier ; en revanche, l'exercice d'une activité adaptée permettant des horaires flexibles et sans contrainte physique telle que le maintien de positions statiques était envisageable à 50%, six mois après la deuxième intervention.

5. L'instruction s'est donc poursuivie auprès de l'OAI, qui a recueilli, notamment, les éléments suivants :

- un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2004 mentionnant une aggravation de l'état de santé de l'assuré (évolution vers une dégénérescence discale responsable de blocages de plus en plus fréquents et syndrome vertébral sévère) ; aucune activité n'était désormais envisageable, vu les nombreuses limitations fonctionnelles : pas de position statique assise, debout ou agenouillée, pas d'inclinaison du buste, pas de port de charges, pas de mouvements répétitifs des membres ou du dos, pas de travail en hauteur, ni de déplacements sur sol irrégulier ou en pente ;
- le rapport d'expertise du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du Service médical régional AI (SMR), du 21 octobre 2005, retenant les diagnostics de dorso-lombosciatalgie droite et cervico-scapulalgie gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann et status après deux cures de hernie discale L5-S1 droite avec remaniement fibreux cicatriciel ; selon l'expert, la pathologie ostéo-articulaire justifiait une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de menuisier ou peintre-jardinier et ce, depuis février 1998 ; étaient mentionnées à titre de limitations fonctionnelles pour le rachis : nécessité de pouvoir alterner les positions deux fois par heure, pas de soulèvement régulier de charges de plus de 5 kg, pas de port régulier de charges de plus de 12 kg et pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ; l'expert a en revanche considéré qu'une activité adaptée tenant compte des limitations

fonctionnelles était exigible à 70% et ce, depuis juin 1999, soit six mois après la deuxième cure de hernie discale ; l'expert a par ailleurs souligné le risque d'échec d'éventuelles mesures professionnelles au vu de l'importante amplification des troubles ;

- les conclusions d'une observation professionnelle mise en place auprès de l'entreprise PRO, du 8 mai 2006 au 30 juillet 2006 ; il avait été très difficile de faire une évaluation des capacités de l'assuré, car une seule activité s'était révélée adaptée à ses limitations, à savoir l'effilage de chiffons ; d'autres tâches légères, comme le pliage de puces, l'assemblage de transistors ou le mailing, avaient rapidement été abandonnées en raison des plaintes de l'assuré ; le travail en position debout sur un poste surélevé n'était pas possible, l'assuré ne pouvant pencher le buste ou la nuque en avant ou en arrière ; les mouvements des bras étaient limités, en hauteur comme sur les côtés ; les mouvements du buste étaient très limités, sans rotation possible ; durant toute la mesure, l'assuré était resté debout, même pendant les pauses ; son rendement n'avait pas évolué en cours de stage (50% pour un taux d'activité de 100%) ; les responsables du Centre d'évaluation professionnelle de l'entreprise PRO se disaient en définitive dans l'impossibilité de tirer des conclusions significatives quant aux capacités de l'assuré ou au type d'activité professionnelle envisageable.

À l'issue de cette instruction, l'OAI, par décision du 12 juin 2007, a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 1999 au 31 août 1999, puis à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 1999, date à compter de laquelle le degré d'invalidité a été fixé à 42%.

6. Saisi d'un nouveau recours de l'assuré, le TCAS l'a partiellement admis et a renvoyé la cause à l'OAI, à charge pour ce dernier de mettre sur pied une expertise, de préférence par un spécialiste en neurochirurgie, puis de rendre une nouvelle décision (cf. ATAS/189/2008 du 20 février 2008).
7. L'OAI a confié au Bureau romand d'expertises médicales (ci-après : BREM) le soin de procéder à une expertise comportant des volets de neurochirurgie et de psychiatrie.

Dans leur rapport du 27 août 2009, les docteurs F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne et I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, ont retenu à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : une spondylodiscarthrose sans myélopathie, ni radiculopathie et un status après hémilaminectomie L5-S1 droite pour cure de hernie discale en 1993 et reprise en 1998, après récurrence. Les experts n'ont en revanche retenu aucun diagnostic invalidant sur le plan psychique. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail : un status après compression de la racine S1 droite sur hernie discale, puis fibrose post-opératoire, des séquelles modérées d'ostéodystrophie de croissance, une cervicarthrose débutante sans syndrome cervical, ni radicaire, ni sous-lésionnel, une obésité, un

pyrosis (status après récente éradication d'*Helicobacter pylori*), une dysthymie et un status après traumatisme facial avec perte de dents, plaie de la lèvre supérieure et contusions thoraciques (lésions consécutives à un accident de la voie publique en Bosnie, en 1989).

Sur le plan physique, il a été constaté que la symptomatologie décrite par l'assuré concernait une topographie allant bien au-delà du site neurochirurgical, alors que l'examen neurologique ne montrait qu'un discret syndrome lombovertébral, mais pas de syndrome radiculaire irritatif. Après deux opérations de hernies discales et une discopathie résiduelle, l'assuré pouvait souffrir de lombalgies récidivantes et de blocages lombaires. Il était cependant difficile de mettre en relation ses multiples plaintes avec sa pathologie lombaire.

L'examen neurologique était également assez rassurant et une IRM récente ne montrait pas de récurrence de la hernie discale.

Si l'assuré ne pouvait certes pas reprendre d'activité professionnelle physiquement lourde, il était médicalement exigible de sa part qu'il exerçât une activité permettant une alternance des positions. Les experts ont néanmoins émis un mauvais pronostic en raison du manque de motivation de l'assuré, du fait qu'il n'avait pas travaillé depuis plus de dix ans et qu'il n'avait pas compris les raisons d'une tentative précédente de réorientation professionnelle.

L'examen psychiatrique n'avait montré ni décompensation psychotique, ni anxiété, ni trouble panique, ni trouble phobique, ni syndrome douloureux somatoforme persistant. Aucun trouble de la personnalité décompensé n'avait non plus été observé. Les experts n'ont constaté ni diminution importante de l'intérêt et du plaisir, ni réduction de l'énergie, ni diminution manifeste de la concentration et de l'attention, ni idées suicidaires, ni perte de l'appétit (importante surcharge pondérale), ni sentiment de culpabilité chez un assuré ressentant un sentiment d'injustice par rapport aux autorités suisses. Dès lors, les experts ont considéré que la sévérité de la dépression chronique de l'humeur était insuffisante pour retenir le diagnostic de trouble dépressif léger ou moyen, raison pour laquelle ils ont préféré retenir celui de dysthymie. À cet égard, ils ont relevé que, malgré son expérience de la guerre en Bosnie, l'assuré avait été capable de s'intégrer dans la vie professionnelle dans son pays d'accueil durant quelques mois, de travailler régulièrement et sans difficulté particulière dans un foyer social et de suivre durant trois mois un cours de français en parallèle. D'ailleurs, aux dires de l'intéressé, les premiers problèmes psychiques remontaient à 2000, à sept ans après son arrivée en Suisse.

Le diagnostic d'état de stress post-traumatique a également été écarté. Quant aux quelques symptômes anxieux décrits subjectivement par l'assuré, ils s'inscrivaient dans le cadre de la dysthymie plutôt que d'un trouble anxieux.

En conclusion, il n'y avait pas de maladie psychique incapacitante. La capacité de travail exigible sur ce plan restait entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles physiques.

8. Par décision du 20 juillet 2010, l'OAI a donc nié à l'assuré le droit à une rente au-delà du 1er septembre 2010.
9. Le 16 mai 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande en invoquant une aggravation de son état de santé (maladie psychique).
10. La doctoresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a confirmé que, depuis juin 2011, l'assuré se plaignait d'idées pessimistes, avec tristesse et pleurs fréquents, découragement, aboulie, anhédonie, perte d'espoir, diminution de la concentration et de l'attention, perte de confiance et d'estime de soi, perturbation du sommeil. Etaient survenues par la suite des hallucinations auditives, visuelles et sensitives et des idées de persécution.

Le médecin a conclu à un trouble dépressif, épisode sévère avec symptômes psychotiques entraînant une totale incapacité de travail.

11. L'OAI a alors mis sur pied une nouvelle expertise de médecine interne, psychiatrie et rhumatologie, qu'il a confiée aux docteurs K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecins auprès du Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après : CEMed), qui ont rendu leur rapport en date du 14 septembre 2016.

Les experts ont récapitulé les pièces du dossier médical mis à leur disposition, puis les arrêts de travail successifs (100% à compter du 25 novembre 1993 et pour une durée indéterminée, puis 50% à compter du 23 juin 2006 pour une durée indéterminée selon le Dr D\_\_\_\_\_, à nouveau 100% du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2010 et du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 2011, selon la Dresse J\_\_\_\_\_). Ils se sont ensuite fait l'écho des plaintes de l'assuré, que ce soit sur le plan psychique ou physique. Puis, ils se sont livrés à une anamnèse personnelle, familiale et socio-professionnelle, ainsi qu'à une description des activités quotidiennes de l'intéressé. Les experts ont ensuite consigné leurs observations cliniques.

En substance, il ressort de leur rapport que l'assuré se plaignait toujours de lombalgies chroniques augmentées en position statique et à la marche, avec des épisodes aigus de dorsalgies ou de cervicalgies.

Suivi depuis 2007 par la Dresse J\_\_\_\_\_, l'assuré avait été mis sous traitement médicamenteux. En 2009, l'expertise psychiatrique ne mettait en évidence qu'une dysthymie non invalidante. Selon le psychiatre traitant, l'état psychique de son patient s'était à nouveau détérioré en 2010, pour évoluer vers un trouble dépressif récurrent sévère avec symptômes psychotiques dès juin 2011. L'assuré avait été hospitalisé à la Clinique genevoise de Montana fin juin 2011. Les médecins avaient alors retenu le même diagnostic que le psychiatre traitant, tout comme en 2012,

année durant laquelle l'assuré avait été hospitalisé une nouvelle fois, entre août et septembre. Les années suivantes avaient été marquées par la persistance du même diagnostic, toujours avec la même intensité. En mars 2014, les symptômes psychotiques avaient disparu, mais l'état dépressif sévère a persisté.

Sur le plan psychique, les experts ont considéré que l'anamnèse parlait en faveur d'un syndrome douloureux ubiquitaire accompagné d'une grande fatigue, tout en notant que l'examen somatique permettait de retenir le diagnostic de fibromyalgie. Les experts ont dit avoir été attentifs à évaluer les différents indicateurs mentionnés par le Tribunal fédéral dans sa nouvelle jurisprudence de juin 2015 concernant les affections psychosomatiques et ont indiqué à cet égard ne retenir aucun élément de nature émotionnelle et/ou psychosociale suffisamment important pour créer un sentiment de détresse chez l'expertisé, raison pour laquelle ils n'ont pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme, mais celui de fibromyalgie.

Des épisodes anxieux ont été relevés, dont l'intensité a été jugée la plupart du temps peu sévère. Aucun argument n'a été retrouvé pour conclure à une anxiété généralisée, à un trouble phobique, à un état de stress post-traumatique, à un trouble obsessionnel compulsif, voire à un trouble dissociatif.

Les experts n'ont pas trouvé de critères suffisants pour conclure à un état dépressif majeur. Si l'humeur était modérément déprimée et les idées dépressives non envahissantes, il n'y avait pas de ralentissement, d'abattement ou de fatigabilité. Dès lors, ils ont conclu à un état dépressif léger, sans signe en faveur d'un autre trouble de l'humeur, avec syndrome somatique, non invalidant.

En définitive, les experts ont considéré que l'assuré ne souffrait d'aucun trouble spécifique de la personnalité et que le diagnostic de dysthymie retenu en 2009 devait être confirmé. En juin 2011, une péjoration dépressive avait été décrite par le psychiatre traitant, corroborée par la description, dans plusieurs rapports, de sentiments de persécution dont les experts ont jugé qu'il était tout à fait possible qu'ils aient été présents dans le contexte d'un épisode dépressif sévère, mais dont ils ont également relevé qu'ils avaient disparu en février 2014. L'épisode dépressif sévère était en rémission partielle depuis juin 2015.

Les experts ont estimé que l'assuré jouissait de ressources mobilisables (fonctions supérieures préservées). Il n'était pas isolé socialement, bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique adapté, ainsi que de traitements adéquats. Il n'y avait pas de problème de cohérence, si ce n'est le décalage entre l'anamnèse spontanée et le status, insuffisant pour exclure le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques entre juin 2011 et juin 2015.

La capacité de travail a donc été évaluée de la manière suivante : 0% entre juin 2011 et juin 2015, date à laquelle l'état de l'assuré s'était amélioré et avait évolué vers une rémission partielle. En théorie, un épisode sévère en rémission partielle devrait permettre une reprise à 50% sur une durée de trois mois en l'absence d'autres troubles. Cependant, l'incapacité de travail ayant été de longue durée en

l'occurrence, les experts ont considéré qu'on ne pouvait envisager une reprise de travail sans une période de réinsertion professionnelle progressive de six mois, laquelle pouvait être mise en place immédiatement, car il n'y avait plus d'incapacité de travail désormais : l'état dépressif n'était plus que léger, sans aucun signe psychotique.

Sur le plan physique, un diabète de type II a été signalé, non invalidant car sous contrôle, tout comme l'hypertension artérielle.

Sur le plan rhumatologique, ont été notés un discret syndrome vertébral lombaire et la présence de tous les points de fibromyalgie. Les examens radiologiques montraient principalement une discopathie L5-S1. Les experts ont conclu à des lombalgies chroniques après deux interventions pour hernies discales. Ils ont considéré que la situation était superposable à celle de 2009, date de la précédente expertise rhumatologique. Comme les experts d'alors, ils ont préconisé des exercices de posture et de renforcement musculaire et une activité physique régulière. D'un point de vue fonctionnel, vu les lombalgies, ils ont retenu comme limitations fonctionnelles le fait de devoir éviter les travaux lourds, le port de charges et les positions statiques prolongées. Dans le cadre de ces limitations, la capacité de travail au plan rhumatologique a été évaluée à 100% dans une activité adaptée.

Sur le plan psychique, la capacité résiduelle de travail a été considérée comme totalement préservée dans une activité respectant les limitations fonctionnelles physiques, sans diminution de rendement. Toute activité relativement légère avec possibilité de changer régulièrement de position a été jugée exigible à 100% après une période de réinsertion évaluée à six mois.

12. Le 26 avril 2018, la Dresse J\_\_\_\_\_ a confirmé l'amélioration de l'état psychiatrique de son patient, mais relevé des symptômes influençant la capacité de travail (insomnie ou anxiété).
13. Par décision du 26 janvier 2018, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2012 et jusqu'au 31 août 2015, date à compter de laquelle cette rente a été réduite à une demi-rente jusqu'au 31 mars 2016.

L'OAI a considéré, suivant en cela l'avis de son SMR, qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée.

Si la capacité de travail de l'assuré avait été réduite à néant à compter de juin 2011, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré à compter du 1<sup>er</sup> juin 2015 à hauteur de 50%, puis de 100% à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, soit six mois plus tard, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Dès lors, l'OAI a comparé le revenu qu'aurait obtenu l'assuré en juin 2015 sans atteinte à sa santé, soit CHF 67'012.- (selon les données communiquées par le

dernier employeur), à celui qu'il aurait pu obtenir à la même date, malgré l'atteinte à sa santé, soit CHF 56'638.- (ESS, TA1, niveau d'activité 4 [activités simples et répétitives] = CHF 66'633.- en 2015 après indexation), après réduction supplémentaire de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles. L'OAI a ainsi abouti à un degré d'invalidité de 15%, insuffisant pour permettre de maintenir le versement d'une rente.

14. Par écriture du 26 février 2018, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce qu'une rente d'invalidité lui soit versée au-delà du 31 mars 2016.
15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 29 mars 2018, a conclu au rejet du recours.
16. Par écriture du 7 mai 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il relève que, dans leur rapport, les experts ont souligné qu'une reprise du travail ne pouvait être envisagée sans une période préalable de réinsertion progressive de six mois. Il reproche à l'OAI de ne pas avoir suivi l'avis des experts et de lui avoir refusé l'octroi de mesures professionnelles.

Quant au calcul du degré d'invalidité, le recourant soutient que c'est une réduction de 25% et non de 15% qui aurait dû être appliquée au revenu d'invalidé, pour tenir compte seulement de ses limitations fonctionnelles, mais aussi de l'importance de celles-ci, de sa nationalité étrangère, de la catégorie de son autorisation de séjour, de l'absence de formation professionnelle et de son manque de maîtrise de la langue française.

17. Par écriture du 5 juin 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il se réfère à l'expertise réalisée en 2016 et en retient que, sur le plan rhumatologique, la situation est restée inchangée depuis 2009 et que, sur le plan psychiatrique, si un épisode dépressif sévère a existé par le passé, les experts n'ont plus constaté qu'un trouble dépressif léger non invalidant au moment des examens.

L'intimé relève que le psychiatre traitant de l'assuré a confirmé une amélioration notable de l'état de santé de son patient et ceci, même en l'absence de médicaments et d'entretiens réguliers, ce qui corrobore les constatations des experts.

Quant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, l'intimé relève que le médecin traitant atteste très clairement que son patient ne souhaite pas bénéficier de telles mesures, puisqu'il ne s'estime pas capable de travailler.

18. Par écriture du 15 juin 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions et a produit, à l'appui de sa position :
  - un rapport du docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du 13 juin 2018, indiquant qu'il suit l'assuré depuis le 26 juin 2017 pour des lombalgies sévères sur discopathies et une discarthrose très avancée, que son état de santé est resté le même depuis lors, malgré une prise en charge optimale, que l'assuré ne peut ni marcher plus de 400 m., ni

porter de charges de plus de 5 kg et qu'il doit changer de position toutes les 30 mn. ; le médecin conclut à une totale incapacité de travail dans toute activité et émet un mauvais pronostic ;

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 4 juillet 2017 concluant à une dégénérescence discale étagée dorsale inférieure et lombaire de L2-L3 jusqu'à L5-S1, avec discopathie sévère L5-S1, à une protrusion discale D12-L1 de localisation paramédiane gauche sans contrainte radiculaire, à une protrusion discale L2-L3 extra-foraminale gauche sans contrainte radiculaire et à une arthrose interapophysaire postérieure prédominante en L3-L4, L4-L5 avec rétrécissement relatif du canal radiculaire droit en L4-L5.

19. Le 2 août 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à un avis émis le 25 juin 2018 par le SMR, lequel considère que l'état des lieux auquel se livre le Dr N\_\_\_\_\_ correspond tout à fait à celui qui a été fait précédemment.

Selon le SMR, le Dr N\_\_\_\_\_ s'écarte des conclusions des experts du CEMed sans aucune justification médicale et ce, alors que, de son aveu même, l'état de santé de l'assuré est stable depuis 2017.

Le SMR s'étonne de l'absence totale de capacité de travail, même dans une activité adaptée, à laquelle conclut le Dr N\_\_\_\_\_, d'autant que les images de l'IRM montrent l'absence de toute compression neurologique et sont similaires à celles observées en mai 2005 (importante discarthrose étagée avec atteintes discales et fibroses).

En définitive, le SMR estime que les nouveaux documents n'apportent aucun élément nouveau lui permettant de s'écarter de ses précédentes conclusions.

### **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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions

---

correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. 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 formes et délais prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).
4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de supprimer la rente du recourant au 31 mars 2016.
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).
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).
7. 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.

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).

8. 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 LPG), 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.

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

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

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9. En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les conclusions de l'expertise du 14 septembre 2016 reconnaissant une incapacité totale de travail de juin 2011 à juin 2015, a considéré qu'à compter de décembre 2015, soit six mois plus tard, le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail.

Le recourant ne le conteste pas réellement. D'ailleurs, son psychiatre traitant a confirmé l'amélioration de son état et aucun élément objectif au dossier ne permet de douter des conclusions des experts, dont le rapport répond à tous les réquisits permettant de lui reconnaître pleine valeur probante, ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas, au demeurant.

Il fait en revanche grief à l'intimé de n'avoir pas tenu compte de la période de réinsertion progressive de six mois évoquée par les experts.

Cet argument tombe à faux puisque, précisément, l'intimé n'a pas fait remonter le recouvrement de la pleine capacité de travail à juin 2015, mais à décembre 2015, soit six mois après la date de l'amélioration constatée. S'y sont ensuite encore ajoutés les trois mois supplémentaires prévu par la loi.

L'intimé a donc bel et bien tenu compte de la période de six mois évoquée par les experts, dont on relèvera qu'ils ont aussi précisé qu'au moment de l'expertise, la capacité de travail était de 100%.

Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimé, suivant en cela l'avis des experts et de son SMR, a considéré que l'assuré était apte, depuis janvier 2016, soit six mois après l'amélioration de juin 2015, à exercer une activité adaptée à 100%.

10. Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé.

C'est à juste titre qu'il a retenu, à titre de revenu avant invalidité, celui que l'assuré aurait réalisé dans son activité habituelle en 2015, selon les données fournies par son dernier employeur, puisqu'il s'agissait là de rapports de service stables dans lesquels le recourant exploitait complètement sa capacité de travail.

S'agissant du revenu d'invalidité, il est également conforme au droit de le déterminer en fonction du salaire statistique tiré d'activités simples et répétitives pour un homme. En opérant un abattement de 15% sur ce salaire, l'intimé est resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation et la Cour de céans ne s'en écartera pas.

En particulier, contrairement à ce que le recourant allègue, la faible maîtrise du français et l'absence de formation sont des facteurs étrangers à l'assurance-invalidité qui n'ont pas à être pris en compte dans ce cadre (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2017 du 30 octobre 2017 consid 5.3).

Partant, la décision de l'intimé doit être confirmée.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

La procédure n'est pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), de sorte qu'il y a lieu de percevoir un émolument.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est 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