

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/677/2013

ATAS/652/2013

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 27 juin 2013**

**9<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur Q \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Florence KRAUSKOPF, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et  
Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur Q\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1983, travaillait en tant qu'agent de sécurité chez X\_\_\_\_\_ depuis le 20 février 2006, à 100%.
2. Le 21 juillet 2011, il a chuté de la chaise sur laquelle il se tenait, chez lui, pour changer une lampe. Il est en incapacité de travail depuis cette date.
3. L'IRM dorso-lombo-sacrée du 5 août 2011 n'a pas mis en évidence de signes de lésion osseuse de compression radiculaire ou médullaire.
4. Le 8 août 2011, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a fait état d'une dorsolombalgie persistante et a attesté d'une reprise du travail à 100% dès le 28 juillet 2011.
5. Dans le procès-verbal d'entretien avec l'assureur-accident du 27 septembre 2011, il est mentionné que toutes les questions sur l'avenir de l'assuré et sur les pronostics de reprise butaient toujours sur la même réponse vague, dans laquelle transparaisaient ses doutes sur la possibilité de reprendre un jour une activité physique. Il ne pouvait pas effectuer son travail, ne pouvant ni marcher, ni rester debout. Il ne pouvait pas non plus faire de tâches ménagères.
6. Le 31 octobre 2011, le Dr A\_\_\_\_\_ a rappelé le diagnostic de dorsolombalgie post-traumatique et a indiqué que la profession d'agent de sécurité était impossible car l'assuré avait des difficultés à la marche, et car les stations debout et assise étaient douloureuses. Il n'y avait pas d'évolution favorable depuis la chute. L'assuré voulait une expertise pour une reconversion professionnelle.
7. Dans son rapport du 20 décembre 2011, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale auprès des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), a diagnostiqué des dorsolombalgies communes chroniques post-traumatiques sans lésion anatomique.
8. L'assuré a suivi le programme dos des institutions universitaires genevoises (ci-après PRODIGE) du 16 janvier au 10 février 2012. Dans un rapport du 23 février 2012 établi à la fin dudit programme, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que les capacités fonctionnelles de l'assuré étaient supérieures à celles qu'il avait employées quotidiennement pendant le programme.

Il avait participé activement aux différentes sessions de type table ronde, mais avait fréquemment relâché son effort dans les séances actives dès que le thérapeute était absent. Il avait fait appel à sa mère pour réaliser un des objectifs qui lui avait été fixé à sa place, attitude qu'il semblait utiliser abondamment. Il se sentait nettement plus handicapé que ce qu'il était objectivement capable de réaliser, ce qui le conduisait fréquemment à une auto-limitation contre-productive. Sur les auto-

questionnaires, il y avait de nombreux éléments en faveur d'une symptomatologie dépressive et anxieuse qui pouvaient peut-être expliquer cette inadéquation. Le pronostic sur l'évolution future était extrêmement réservé.

9. Dans le procès-verbal d'entretien de détection précoce du 27 février 2012, il est indiqué que l'assuré avait déclaré ne pas se voir reprendre le travail.
10. Le 28 février 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé).
11. Dans son rapport du 15 mars 2012, le Dr A\_\_\_\_\_, a indiqué que l'assuré était suivi par un psychiatre pour dépression réactionnelle; cet élément n'avait toutefois, selon le médecin, pas d'effet sur la capacité de travail. L'assuré était inapte à effectuer son activité habituelle, du fait des douleurs se manifestant en position debout, lors de la marche et lors de la flexion du rachis. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement, à une amélioration de la capacité de travail. Il fallait tester l'assuré afin de l'orienter dans une nouvelle activité. Le médecin ne s'est pas prononcé sur les limitations fonctionnelles mais a inscrit "à tester pour orientation professionnelle".
12. Le 20 mars 2012, l'employeur de l'assuré, Y\_\_\_\_\_ SA, a indiqué que l'activité de ce dernier consistait en du contrôle d'accès et de bagages, ainsi qu'en de la fouille de personnes et de bagages. Il devait rarement marcher, soulever ou porter, devait parfois être assis, et était souvent debout.
13. Dans son rapport du 19 mai 2012, la Dresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a initialement indiqué ne pas pouvoir se prononcer concernant l'assuré, et a renvoyé l'OAI au Dr A\_\_\_\_\_.
14. Le 29 mai 2012, la Dresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, outre la dorso-lombalgie, un trouble de l'adaptation, une réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22) depuis le 28 mars 2012. Elle a relevé que l'assuré était sous antidépresseur depuis février 2012, sur prescription du Dr A\_\_\_\_\_.

Le pronostic était réservé devant la chronicité des douleurs, que l'assuré vivait d'une manière extrêmement handicapante. L'incapacité de travail était totale depuis juillet 2011, selon attestation du Dr A\_\_\_\_\_. L'activité exercée n'était plus exigible et le rendement était réduit à 100% du fait des dorso-lombalgies. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50%, dépendant de l'évolution de ces dernières.

Le médecin a renvoyé au Dr A\_\_\_\_\_, s'agissant des limitations fonctionnelles. Elle a indiqué que les capacités de concentration et d'adaptation du

recourant, ainsi que sa résistance, étaient limitées à 50% en lien avec son état anxieux et dépressif

15. Dans son rapport du 7 juin 2012, le Dr A\_\_\_\_\_ a mentionné que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis novembre 2011, et que tous les programmes avaient échoué. Il n'a pas apprécié la capacité de travail de l'assuré. A la question concernant la bonne concordance des plaintes et de l'examen clinique, ainsi qu'à celle de savoir dans combien de temps on pourrait envisager un retour au travail et à quel taux, il a répondu: à tester.
16. Une expertise pluridisciplinaire a eu lieu les 4 et 5 juillet 2012 auprès du CEMed, par les Drs E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans leur rapport du 25 juillet 2012, ils ont relevé, sur le plan rhumatologique, que l'assuré se levait sans difficulté et marchait sans boiter. Durant l'entretien qui avait duré plus d'une heure, il n'avait pas montré de signe évident d'inconfort, ni n'avait demandé à se lever. Les gestes pour l'habillage et le déshabillage étaient fluides, effectués apparemment sans difficulté.

Les médecins ont retenu les diagnostics de rachialgies sans substrat anatomique, d'inégalité de longueur des membres inférieurs avec troubles statiques du rachis, d'hypertension artérielle à contrôler et de lipômes.

Ces diagnostics, et l'ensemble des éléments médicaux, ne permettaient pas d'expliquer la persistance des plaintes et les empêchements de fonctionner dans la vie quotidienne décrits par l'assuré. La capacité de travail devait être considérée comme entière, quelle que fût l'activité considérée.

Sur le plan psychique, il n'y avait aucun trouble formel de la pensée, ni de symptôme de la lignée psychotique. L'humeur n'était que très légèrement et passagèrement abaissée. Il n'y avait à aucun moment de larmes ou d'effondrement ou autre émotion négative. Bien que l'assuré se soit vu prescrire des antidépresseurs et des antalgiques, le monitoring médicamenteux montrait une compliance nulle, les taux sériques de Lyrica, Seropram et Remeron étant tous en dessous de la limite de détection.

La recherche détaillée des médecins pour un dysfonctionnement psychique, voire psychiatrique, n'avait pas montré autre chose que des tendances hypochondriaques. Il ne s'agissait pas d'une pathologie proprement dite. De ce fait, il était extrêmement important de retourner vers des notions de santé et de bon fonctionnement de son corps et psychisme. Les médecins ont retenu les diagnostics de dysthymie (F 34.1) et d'état anxieux, d'intensité légère (F 41.1). La capacité de travail était complète dans toute activité.

17. Sur cette base, la Dresse G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin auprès du Service Médical Régional (ci-après SMR) a conclu que la capacité de travail du recourant était totale depuis toujours.
18. Un projet de décision rejetant la demande de prestations et niant tout droit à des mesures professionnelles a été adressé à l'assuré le 30 novembre 2012.
19. Dans une note du 14 décembre 2012, un gestionnaire de l'OAI a mentionné que l'assuré avait reçu le projet de décision, et qu'il n'était pas d'accord avec ce dernier car il était toujours en arrêt de travail. Le gestionnaire lui avait expliqué le contenu dudit document et lui avait conseillé d'aller voir ses médecins pour que ces derniers écrivent à l'OAI et lui fassent savoir en quoi les experts s'étaient trompés. Il lui avait également expliqué que dans la mesure où son dossier contenait un rapport d'expertise psychiatrique, il ne pouvait pas le recevoir en mains propres et devait indiquer le nom d'un médecin ou d'un avocat à qui l'OAI pourrait l'envoyer.
20. Par courrier daté du 18 décembre 2012, reçu le 7 janvier 2013 par l'OAI, l'assuré a demandé à recevoir l'ensemble de son dossier médico-administratif sous forme de CD-ROM pour pouvoir le consulter.
21. L'OAI a accusé réception dudit document, par courrier du 8 janvier 2013. Il a rappelé à l'assuré le contenu de leur discussion du 14 décembre 2012.
22. L'assuré a indiqué le nom du Dr H \_\_\_\_\_ le 15 janvier 2013.
23. Dans une note téléphonique du 24 janvier 2012, un gestionnaire de l'OAI a mentionné que l'assuré voulait être reçu en audition; il lui avait répondu que le droit d'être entendu était terminé, vu l'écoulement du temps depuis l'envoi du projet de décision.
24. Le 25 janvier 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision.
25. L'assuré a recouru contre cette décision le 22 février 2013. Il a indiqué que tant son médecin traitant, le Dr H \_\_\_\_\_, que son psychiatre, le Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, étaient d'avis qu'il était en complète incapacité de travail en raison de ses problèmes dorso-lombaires. L'expertise du CEMed était lacunaire en ce qu'elle ne tenait pas compte de sa véritable situation médicale et de la médication qui lui était administrée.

Il concluait à l'annulation de la décision du 25 janvier 2013 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

26. L'intimé a répondu que le recourant n'apportait pas d'éléments nouveaux permettant de remettre en question la décision attaquée. S'agissant des reproches faits à l'encontre de l'expertise du CEMed, il constatait que cette dernière devait se voir reconnaître pleine valeur probante, conformément aux critères jurisprudentiels en la

matière. La médication du recourant avait été prise en compte, de même que le monitoring médicamenteux. L'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

27. Le recourant n'ayant pas répliqué, la cause a été gardée à juger le 4 juin 2013.

### **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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. A 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).

En l'espèce, la décision litigieuse du 25 janvier 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision), et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, des modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATF non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances, 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; ATF 105 V 207 consid. 2). 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 (ATF 127 V 299).

6. 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).
7. Le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

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).

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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988, p. 504 consid. 2).

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; ATF non publié I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

8. 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 324 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 360 consid. 5b).

Si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il

est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a; ATF 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 94 consid. 4b; ATF 122 V 162 consid. 1d).

9. a) En l'espèce, l'intimé, a considéré que la capacité de travail raisonnablement exigible était entière, dans toute activité.

Pour arriver à cette conclusion, il s'est fondé sur l'avis du SMR, s'appuyant lui-même sur le rapport d'expertise rhumato-psychiatrique établi auprès du CEMed en date du 25 juillet 2012 par les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_.

Le recourant, quant à lui, se prévaut de l'appréciation de sa capacité de travail par les Drs A\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, et du côté lacunaire de l'expertise du CEMed en ce sens qu'elle ne tiendrait pas compte de sa véritable situation médicale et de la médication qui lui était administrée.

Il convient donc de déterminer si l'expertise des médecins du CEMed doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Dans l'affirmative, il conviendra d'examiner si les arguments du recourant sont propres à mettre en doute les conclusions de ces derniers.

b) Le rapport d'expertise du CEMed a été établi sur la base du dossier du recourant, du monitoring médicamenteux et des documents radiologiques, d'une anamnèse comprenant un volet familial, personnel, professionnel et médical, des plaintes du recourant et d'exams médicaux effectués les 4 et 5 juillet 2012. Les experts ont exposé de manière claire et non contradictoires leurs constatations objectives découlant des examens. Les diagnostics posés sont clairs. Les experts se sont prononcés de manière précise, non équivoque et motivée sur la capacité de travail du recourant. On comprend les raisons pour lesquelles ils estiment la capacité de travail du recourant entière.

De plus, contrairement à ce qu'affirme le recourant, aucun élément au dossier n'est propre à remettre en cause les conclusions des experts.

Certes, il est vrai que:

- le Dr A\_\_\_\_\_ a fait état, le 8 août 2011, d'une dorsolombalgie persistante; il a toutefois simultanément attesté d'une reprise du travail à 100% dès le 28 juillet 2011;
- le 31 octobre 2011, le Dr A\_\_\_\_\_ a réitéré le diagnostic de dorsolombalgies et a indiqué que la profession d'agent de sécurité était impossible car l'assuré avait des difficultés à la marche et car les stations debout

et assises étaient douloureuses et qu'il n'y avait pas d'évolution favorable depuis la chute;

or, au-delà du fait que l'employeur du recourant a attesté que ce dernier ne devait que rarement marcher, dans le cadre de son activité, et n'était que parfois assis, l'appréciation du Dr A\_\_\_\_\_ n'est pas compatible avec son propre rapport du 8 août 2011 susmentionné, ce d'autant plus que le diagnostic est demeuré inchangé depuis cette date et qu'il n'invoque aucun élément qui aurait été ignoré par les experts ou qui rendrait vraisemblable, au degré requis par la jurisprudence, une aggravation de l'état de santé du recourant;

- le rapport du 15 mars 2012 du Dr A\_\_\_\_\_ mentionne une incapacité totale de travailler, du fait des douleurs se manifestant debout, lors de la marche et de la flexion du rachis; les mêmes remarques que ci-dessus s'appliquent, étant souligné de surcroît que le médecin ne s'est absolument pas prononcé sur les limitations fonctionnelles et s'est contenté d'indiquer qu'il fallait tester le recourant en vue d'une réorientation professionnelle;
- le 29 mai 2012, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail était totale depuis juillet 2011; elle a renvoyé toutefois pour ce faire au certificat établi par le Dr A\_\_\_\_\_; son appréciation n'a donc aucune valeur pour le recourant;

il est également vrai qu'elle a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation, une réaction mixte, anxieuse et dépressive, depuis mars 2012; or, cet élément a été pris en compte par les experts. Par ailleurs, le traitement antidépresseur a été prescrit par le Dr A\_\_\_\_\_, qui indiquait, également en mars 2012, que le suivi psychiatrique n'avait pas d'effet sur la capacité de travail. Le rapport de la Dresse D\_\_\_\_\_ n'est pas de nature à remettre en cause l'expertise;

il en va de même s'agissant de l'indication, par la Dresse D\_\_\_\_\_, que la capacité de concentration, d'adaptation et de résistance du recourant sont limitées à 50% en lien avec son état anxieux et dépressif actuel ; en effet, dans le corps du rapport, elle a lié la baisse de rendement de 100% dans l'activité exercée, et la reprise du travail limitée à 50% exclusivement aux dorso-lombalgies;

Il faut également relever que dans son rapport du 10 février 2012, le Dr B\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant; il fait néanmoins état du fait que ses capacités fonctionnelles étaient supérieures à celles employées quotidiennement dans le programme.

De plus:

- dans son rapport du 19 mai 2012, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué ne pas pouvoir se prononcer concernant le recourant;
- dans son rapport du 7 juin 2012, le Dr A\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant;

Ces documents ne sont donc d'aucune utilité au recourant.

Enfin, le recourant a fait référence, dans son courrier du 22 février 2013 à l'appréciation de sa capacité de travail par son psychiatre, le Dr I\_\_\_\_\_. Or, aucun document n'appuie ses dires. De plus, et contrairement à ce qu'il a affirmé, l'expertise du CEMed a expressément détaillé la médication prescrite, ainsi que son absence de compliance au vu du monitoring médicamenteux. Le recourant ne peut donc tirer aucun argument de cet élément.

Au vu de ce qui précède, la Cour attribue pleine valeur probante à l'expertise des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, les objections du recourant et les rapports de ses médecins traitants n'étant pas de nature à la remettre en cause.

Sa capacité de travail étant entière, le recourant ne peut prétendre à des prestations de l'intimé.

10. Mal fondé, le recours doit donc être rejeté. Un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant qui succombe.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. 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

Brigitte BABEL

Florence KRAUSKOPF

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