

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4056/2023

ATAS/836/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 octobre 2024

Chambre 8

En la cause

A _____,

recourant

représenté par Me Pierre-Alain KILLIAS, avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Marie-Josée COSTA, Présidente ; Anny FAVRE, Michael RUDERMANN,
Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1971, travaillait comme chauffeur-livreur à 100% auprès de l'entreprise B_____ Sàrl, sise à Genève.
- b.** L'assuré a été mis à l'arrêt de travail à compter du 17 décembre 2008 pour des lombalgies, puis pour des problèmes urinaires.
- c.** En date du 24 avril 2009, l'assuré a subi une uréthoplastie en raison d'une sténose uréthrale bulbair, opération qui s'est compliquée de douleurs périnéales surtout lors d'activités physiques.
- B.** **a.** En date du 10 novembre 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité. Il y indiquait envisager de partir à l'étranger fin décembre 2009 pour exercer une nouvelle activité, puisque le médecin-conseil de l'assurance perte de gain lui avait dit qu'il ne pouvait plus être chauffeur-livreur.
- b.** En date du 9 novembre 2009, l'assuré a donné sa démission car son travail n'était plus adapté, constat qui avait été fait après deux essais de reprise à 100% et par le médecin-conseil de l'assurance perte de gain.
- c.** Par courrier du 19 novembre 2009, l'assuré a annoncé à l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'office ou l'intimé) qu'il allait quitter la Suisse en fin d'année car il pensait avoir plus d'options professionnelles à l'étranger.
- d.** Sur demande de l'assurance perte de gain maladie, une expertise en médecine interne a été réalisée auprès de la Clinique CORELA.
- Selon le rapport du 3 décembre 2009 émanant du docteur C_____, médecin interne, une reprise dans l'activité habituelle n'était pas possible au vu du port de charge qu'elle exigeait. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100%.
- e.** L'assuré est revenu en Suisse et s'est inscrit au chômage le 2 juin 2010.
- f.** Le 27 avril 2011, l'assuré a subi une cure de hernie inguinale bilatérale et ombilicale.
- g.** Dans le cadre du suivi par l'assurance-chômage, l'assuré a obtenu la patente de cafetier le 4 juillet 2011.
- h.** Par décision du 8 mai 2013, l'office a rejeté la demande de prestations.
- C.** **a.** En date du 7 avril 2022, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en raison d'une incapacité de travail ayant débuté le 4 mai 2021. Il avait travaillé comme chauffeur auprès de la société B_____ Sàrl de juillet 2016 au 31 août 2020.

Selon son curriculum vitae, l'assuré avait auparavant obtenu un certificat de capacité de logisticien le 14 janvier 2016. Il avait été responsable d'un restaurant en Argentine de 2012 à 2013.

Il ressort de la lettre de licenciement que ce dernier était en lien avec un conflit avec la hiérarchie.

b. Dans son rapport du 11 février 2022, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré était connu pour d'importants problèmes de santé, notamment deux opérations pour un cancer de la vessie et des problèmes dentaires avec des complications sous forme d'acouphènes. Il était suivi par un psychiatre et était sous traitement d'antidépresseurs. S'agissant des genoux, les gonalgies bilatérales évoluaient depuis quatre ans. Le périmètre de marche était limité et une activité sportive était impossible.

Dans son rapport du 4 mars 2022, le Dr D_____ développait que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) montrait un certain degré arthrosique essentiellement au niveau du compartiment interne du genou droit, dans une moindre partie à gauche, mais de ce côté-là, il y avait davantage de « stress osseux » ce qui expliquait les douleurs. Du point de vue chirurgical, la situation n'était pas à ce stade catastrophique. Il préconisait un traitement conservateur.

c. Selon le rapport du 20 avril 2022 du Docteur E_____, spécialiste FMH en urologie, l'assuré avait été opéré d'une tumeur à la vessie en 2018, il avait été réopéré pour une récurrence le 28 juin 2021. Sur le plan urologique, l'état de santé était stable et la capacité de travail entière, il renvoyait au médecin traitant pour le surplus.

d. Dans son rapport du 1^{er} mai 2022, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a retenu comme diagnostics avec incidence sur la capacité de travail une douleur chronique multifactorielle avec arthrose sévère et impotence fonctionnelle, une dépression sévère, des acouphènes avec hyperacousie et un cancer de la vessie encore en suivi. S'agissant des limitations fonctionnelles, il notait une impotence fonctionnelle des genoux, des troubles mictionnels résiduels, une douleur lombaire et cervicale, l'assuré n'avait plus de force dans la main gauche, il présentait une thymie dépressive avec un état de désespoir profond car il n'arrivait pas à effectuer d'activité sans douleurs. Son incapacité de travail était totale dans toute activité. Il était également limité dans le ménage.

Il a annexé plusieurs rapports médicaux dont notamment ceux du 29 juillet 2021 et du 15 novembre 2021.

Selon l'IRM de la colonne cervicale du 28 juillet 2021, l'assuré présentait une discopathie C6-C7 avec modifications sous-chondrales latéralisées à gauche oedémateuses aiguës et un débord disco-ostéophytique foraminaux gauche

responsable d'une sténose foraminale modérée, pouvant expliquer une irritation radiculaire C7 gauche.

Dans son rapport du 15 novembre 2021, le docteur G_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL), a retenu comme diagnostics une hypoacousie de type perception avec hiatus à gauche, une presbyacousie bilatérale avec acouphènes bilatéraux et une dysfonction de l'articulé temporo-mandibulaire. Il indiquait que l'assuré présentait des acouphènes invalidants suite à un traitement dentaire.

e. Dans son rapport du 6 mai 2022, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a conclu à une allodynie post-traumatique à gauche et des cervicalgies avec irradiation distale. Les limitations étaient le manque de force et des douleurs névralgiques. Seule une activité de bureau était possible.

En annexe étaient joints plusieurs rapports dont notamment celui du 27 juillet 2021.

Dans son rapport du 27 juillet 2021, le docteur I_____, spécialiste FMH en neurologie, a relevé que l'électroneuromyogramme (ENMG) montrait une résolution de la neuropathie du nerf médian gauche au carpe post neurolyse. Du côté droit, il y avait une discrète atteinte purement sensitive et myélinique du nerf médian en régression par rapport à l'examen précédent et pas de signe de radiculopathie lésionnelle C5 à D1 gauche.

f. Dans son rapport du 6 mai 2022, le Dr I_____ notait que l'IRM cervicale du 28 juillet 2021 montrait une discopathie C6-C7. Rétrospectivement, il était possible que la symptomatologie à la main gauche soit en rapport avec une radiculopathie C7 gauche irritative.

g. La radiographie et le scanner de la colonne dorso-lombaire du 1^{er} juin 2022 ont montré des discopathies dégénératives dorsales débutantes D5-D6 à D12-L1 et une spondylodiscarthrose lombaire débutante L3-L4 à L5-S1 compliquées d'une petite hernie discale D12-L1 postéro-médiane sans argument scanographique en faveur d'un conflit disco-radiculaire, d'une hernie discale lombaire, d'un canal lombaire étroit ou d'une sténose foraminale serrée.

h. Dans son rapport du 14 juin 2022, Madame J_____, psychologue, a retenu un état d'alarme secondaire aux maladies en cours et un état de fatigue intense, lesquels pouvaient limiter la durée et la qualité de la concentration et de l'attention d'autant que le sommeil était assez perturbé. Elle précisait au niveau psychiatrique : « patient calme, collaborant, pas d'agitation psychomotrice, orienté aux quatre modes, vigilance conservée, pas de troubles mnésiques, attention et concentration conservées, discours fluide, informatif, thymie neutre, pas de troubles de l'appétit, pas d'idées suicidaires ». L'assuré présentait une difficulté sévère à se déplacer à pieds ou avec les transports publics à cause des mouvements fortement limités, toutes les activités étaient réduites et échelonnées en raison de l'augmentation des douleurs. Les limitations fonctionnelles étaient liées aux douleurs musculaires

chroniques qui restreignaient les mouvements et le maintien de la même position plus de vingt minutes et augmentaient la fatigue et l'état d'épuisement. Il n'y avait pas de traitement médicamenteux. S'agissant de la capacité de travail, elle concluait à 20% depuis janvier 2022 (début du suivi) dans l'activité habituelle et à 40% au maximum dans une activité adaptée.

i. Dans son rapport du 27 juin 2022, le Dr G_____ a retenu une hypoacousie de type perception prédominante à gauche avec acouphènes-hyperacousie bilatéraux et dysfonction de l'articulé temporo-mandibulaire. Le bilan auditif était stable sans péjoration et même une certaine amélioration du côté droit. Une minuscule lésion séquellaire ischémique de l'hémi-cervelet gauche avait été mise en évidence. Une chimiothérapie avait été effectuée pour une néoplasie de la vessie du 11 août au 15 septembre 2021. Il avait constaté une dysfonction de l'articulé temporo-mandibulaire fréquemment retrouvée en cas d'acouphènes.

j. Par rapport du 4 août 2022, le Dr D_____ a noté que l'évolution s'agissant de la gonalgie bilatérale était stationnaire, l'assuré faisait des exercices de mobilisation en piscine, ce qui l'aidait. Il était préconisé la poursuite d'exercices en auto-physiothérapie.

k. Dans son rapport du 12 septembre 2022, le Dr G_____ a indiqué ne pas avoir proposé d'incapacité de travail sous réserve de son bilan psychiatrique. Il avait recommandé à l'assuré la mise au repos de son articulé temporo-mandibulaire avec exercices d'auto-rééducation, le pronostic devait être bon. Suite aux traitements, les acouphènes avaient nettement diminué, voire parfois disparu avec cependant une hyperacousie. Il n'y avait pas de restriction fonctionnelle. Il n'y avait pas d'argument pour proposer un arrêt de travail après la prise en charge psychiatrique.

l. L'office a ordonné une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre médical d'expertises CEMEDEX.

Selon le rapport rédigé par les docteurs K_____, spécialiste FMH en neurologie, L_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, M_____, psychiatre, et N_____, rhumatologue, les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient d'origines rhumatologique et oto-rhino-laryngologique (ORL), aucune limitation fonctionnelle n'avait été retenue sur les plans psychiatrique, neurologique et de médecine interne.

Sur le plan rhumatologique, les diagnostics retenus étaient des douleurs cervicales secondaires à des discopathies sans irradiation dans les membres supérieurs, des douleurs lombaires sur discopathies sans irradiation dans les membres inférieurs, des douleurs au genou droit secondaires à une rupture du ligament croisé antéro-externe et une cicatrice sur le ligament latéral interne, des douleurs au genou gauche secondaires à une chondropathie, une arthrodèse au niveau du 5^{ème} doigt de la main gauche et une fibromyalgie. S'agissant de ce dernier diagnostic, le Dr N_____ a développé avoir apprécié le retentissement de la fibromyalgie sur la

base de tests. Il en résultait une sévérité globale de la fibromyalgie de 5 sur 12, ce qui était faible et expliquait l'absence de répercussion sur la capacité de travail. L'activité habituelle ne pouvait plus être exercée depuis mars 2020, mais l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis toujours. Les limitations étaient les suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste et du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 10 kg, pas de position à genoux et accroupie, pas de montée et de descente d'escalier répétées, pas de marche sur terrain irrégulier et pas d'utilisation d'engins vibrants.

Dans son rapport d'examen du 12 juillet 2023, le professeur O_____, spécialiste FMH ORL et en chirurgie cervico-faciale, s'est étonné d'avoir reçu un dossier complet car il avait compris la demande du CEMEDEX comme une simple requête d'examen. Si une vraie expertise était requise, il devrait reconvoquer l'assuré et procéder à des tests, sa prise de position étant toutefois suffisante à son analyse. Il se limitait à ce stade à prendre position sur les deux questions posées en se basant sur l'étude du dossier ainsi que l'entretien et l'examen clinique réalisés. Il concluait que l'assuré souffrait d'une surdité de perception bilatérale asymétrique de degré modéré correspondant à une presbycusie aggravée par une exposition au bruit, d'acouphènes holocrâniens très variables dans le temps et d'une hyperacousie que l'assuré mettait désormais au premier plan. Selon son appréciation, la pathologie était avant tout psychiatrique, le seul traitement ORL possible, soit le bruiteur étant refusé par l'assuré. Il en résultait une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, soit sédentaire et en milieu silencieux, la capacité de travail sur le plan ORL serait de 100%.

Sur le plan neurologique, le Dr K_____ avait noté de nombreuses incohérences, les limitations fonctionnelles alléguées n'étant pas uniformes dans tous les domaines de la vie. La symptomatologie au niveau de la main droite n'était pas étayée par l'examen clinique et le handicap n'était pas plausible. Il soulignait le comportement très algique de l'assuré à l'effleurement de la colonne cervicale. Après la cure du syndrome du tunnel carpien en 2019 sans récurrence et une atteinte seulement discrète du nerf médian droit au carpe, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle, ce qui conduisait à une pleine capacité de travail dans toute activité hormis une période de six semaines après l'opération.

Sur le plan de la médecine interne, le Dr L_____ a retenu une pleine capacité de travail dans toute activité hormis des arrêts de quelques semaines pour les deux interventions en lien avec le cancer de la vessie, la chimiothérapie sur deux mois et les opérations des hernies ombilicales et inguinales bilatérales.

Au niveau psychiatrique, une pleine capacité de travail était admise dans toute activité, seuls les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis et de substances psychoactives multiples, syndrome de dépendance avaient été retenus.

Consensuellement, les experts notaient que, dans l'ensemble, il n'y avait pas d'incohérences majeures entre les plaintes et les constatations cliniques. Il y avait cependant des incohérences en ce qui concernait les limitations fonctionnelles alléguées au niveau de la main gauche, l'exclusion des 3^{ème} et 4^{ème} doigts rapportée par l'assuré n'était pas observée lors de l'expertise. Ils soulignaient également le contraste entre des douleurs constantes et ubiquitaires et l'absence de tout traitement antalgique ainsi qu'un comportement algique très marqué à l'examen physique. Les experts concluaient à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis mars 2020, mais à une pleine capacité de travail depuis toujours dans une activité adaptée hormis les arrêts de quelques semaines pour les opérations ainsi que deux mois pour la chimiothérapie.

m. Par projet de décision du 21 septembre 2023, l'office a rejeté la demande de l'assuré.

n. Par observations de son conseil du 25 octobre 2023, l'assuré a sollicité un complément d'expertise ORL s'agissant des acouphènes et de l'hyperacousie qui étaient extrêmement invalidants. Convoqué pour une expertise, le Prof. O _____ lui avait indiqué ne pas avoir planifié une véritable expertise, il n'avait subi qu'un bref examen qui avait conduit à un avis succinct annexé au rapport d'expertise indiquant qu'il aurait une capacité de travail entière dans une activité adaptée et qu'une expertise ORL ne serait pas nécessaire. La capacité de travail retenue ne tenait pas compte de ses autres atteintes. Il ne pouvait plus exercer de métier nécessitant un effort physique. Or, il avait toujours travaillé dans ce type d'activité. Vu son âge et son manque de formation, les possibilités concrètes de trouver une activité adaptée étaient très limitées. L'avis du Prof. O _____ était insuffisant, un complément d'expertise était dès lors nécessaire. Une expertise globale afin d'évaluer la capacité de travail en tenant compte de son état de santé complet serait souhaitable. Ces expertises permettraient d'établir des solutions médicales pour améliorer son état de santé et déterminer les activités concrètes qui seraient encore possible. Il demandait également une entrevue afin de discuter des mesures de reclassement possibles en cas de réévaluation à la hausse du taux d'invalidité après les expertises précitées. Il était sollicité l'assistance juridique.

o. Par avis du 31 octobre 2023, le service médical régional (ci-après : SMR) a relevé qu'aucune pièce médicale n'avait été versée par l'assuré. Le Prof. O _____ rejoignait les conclusions du Dr G _____, ORL de l'assuré, datées du 12 septembre 2022. Les observations de l'assurée ne s'appuyaient sur aucun nouvel élément susceptible de remettre en cause l'appréciation réalisée.

p. Par décision du 1^{er} novembre 2023, l'office a maintenu son refus de rente.

q. Par seconde décision du 1^{er} novembre 2023, l'office a rejeté la demande d'assistance juridique, la complexité de l'affaire ne justifiant pas l'assistance d'un avocat au stade de l'audition.

D. a. Par acte du 4 décembre 2023, l'assuré a interjeté recours contre les décisions du 1^{er} novembre 2023 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la Cour de céans), en concluant, sous suite de frais et de dépens, préalablement à l'octroi de l'assistance judiciaire, principalement à l'annulation de la décision de refus de rente d'invalidité, au renvoi à l'office pour réalisation d'une expertise ORL et nouvelle décision. Il fait valoir qu'aucune expertise ORL n'a été réalisée, le Prof. O_____ n'ayant procédé qu'à une brève consultation, alors qu'il souffrait de plusieurs pathologies sur ce plan. Au vu de l'importance de ses atteintes, il contestait disposer d'une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée sur le plan ORL, car celle-ci ne reposait pas sur une véritable expertise et que le rapport du Prof. O_____ n'était pas probant. Une véritable expertise ORL aurait eu d'autres conclusions quant à la capacité de travail. Il invoquait une violation de son droit d'être entendu, l'office n'ayant pas pris position sur la demande d'expertise ORL requise dans ses observations du 25 octobre 2023. Il contestait le revenu d'invalidé retenu puisque celui-ci se basait à tort sur une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et émanait de statistiques, cette motivation pour justifier le refus de rente était ainsi insuffisante pour lui permettre de comprendre la prise de position de l'intimé, étant relevé qu'elle était presque identique à celle du projet de décision malgré ses observations. L'office n'avait pas examiné les possibilités réelles d'activités adaptées. Compte tenu de ses nombreuses atteintes et des limitations qui en découlaient, une activité sur le marché du travail paraissait exclue. Dans son refus d'assistance juridique, l'office n'avait pas tenu compte de l'impact extrêmement grave du refus d'une rente sur sa situation financière. Par ailleurs, les griefs de fait et de droit invoqués dans le recours présentaient une certaine complexité, l'intervention d'un avocat était nécessaire pour déposer un tel recours. Les conditions de chances de succès et sa situation financière étaient pour le surplus réalisées. Les prérequis pour l'octroi de l'assistance judiciaire étaient ainsi réalisées.

b. Par réponse du 24 janvier 2024, l'intimé a sollicité la disjonction de la procédure en deux causes, l'une des décisions portant sur le droit à la rente, la seconde sur l'assistance juridique. Il a conclu au rejet du recours, invoquant la pleine valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire. La décision était suffisamment motivée puisque le recourant avait pu contester les éléments y retenus dans son recours. S'agissant du volet ORL qui, selon les allégations du recourant, le rendait incapable de travailler, ce dernier n'apportait aucun élément de fond justifiant une expertise. Seul un consilium avait été demandé et le recourant avait été examiné par un spécialiste ORL. Le Prof. O_____ rejoignait par ailleurs en grande partie l'ORL du recourant, ce dernier n'ayant retenu aucune incapacité de travail, ni de restrictions fonctionnelles. L'analyse du recourant quant à la compatibilité de ses limitations avec le marché du travail était fondée sur des éléments arbitraires ne correspondant ni à l'expertise ni à l'avis de son médecin traitant. Aucun élément médical n'avait été produit. L'assistance

juridique dans la décision administrative n'incluait pas la procédure de recours, aucun élément ne permettait de retenir une complexité nécessitant l'intervention d'un avocat au stade de l'audition.

c. Par réplique du 22 février 2024, le recourant a persisté en alléguant une aggravation de son état de santé à compter de novembre 2023, ce qui nécessitait une nouvelle expertise pluridisciplinaire. En omettant de se prononcer sur sa demande d'expertise ORL, l'intimé avait commis un déni de justice. Il sollicitait la liste des opérations effectuées par la Prof. O_____. Le recourant produisait le rapport du docteur P_____ du 7 novembre 2023.

Dans son rapport, le Dr P_____ a rappelé les antécédents du recourant et a indiqué qu'il présentait une décompensation psychiatrique importante inhérente aux procédures de l'assurance-invalidité. Il venait de recevoir une décision de refus. Le week-end, il avait eu une décompensation psychologique importante avec une tentative de suicide par vénosection des deux poignets et du cou. Ses plaintes actuelles étaient caractérisées par des sensations de vibration interne, notamment au niveau des oreilles, un acouphène très handicapant, des douleurs importantes au niveau de la tête, une labilité émotionnelle, des troubles du sommeil, des sensations d'oppression rétrosternale et un flou visuel. L'examen neurologique ne mettait pas en évidence de déficit significatif. Par contre, il existait un état anxio-dépressif majeur, raison pour laquelle il envoyait copie de son rapport à sa psychologue aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Il lui avait prescrit du Surmontil pour les troubles du sommeil. Il avait enjoint le recourant à prendre contact rapidement avec sa psychologue afin d'assurer sa prise en charge suite à la décompensation psychiatrique.

d. Par acte du 19 mars 2024, l'intimé a persisté en produisant l'avis du SMR du 12 mars 2024. Ce dernier relevait que le rapport du Dr P_____ décrivait un status neurologique sans anomalie significative, soit l'absence d'atteinte objective sur le plan neurologique, et rapportait une décompensation psychique en réaction à la décision de refus. L'état de santé avait pu s'aggraver, mais cela était postérieur à la décision litigieuse et en lien direct avec celle-ci, de sorte qu'elle ne relevait pas de la présente procédure. Aucun manquement ou erreur n'avaient été relevés s'agissant de l'examen ORL. Les conclusions quant à l'assistance juridique étaient pour le surplus irrecevables.

e. Par acte du 11 avril 2024, le recourant s'est plaint de ne pas avoir eu accès aux questions posées au SMR et de ne pas avoir pu en poser. Il a fait valoir une violation des art. 41 et 42 al. 4 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10). Il a requis la production des échanges entre l'intimé et le SMR.

f. Par acte du 30 avril 2024, l'intimé a rappelé la différence entre un rapport du SMR et une expertise. Conformément à la demande du recourant, le mandat au SMR a été produit.

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.

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA).

Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA et 17 al. 3 LPA).

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

- 2.

2.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

2.2 En l'occurrence, la décision est postérieure au 1^{er} janvier 2022. Par ailleurs, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en octobre 2022, soit six mois après le dépôt de la demande du 7 avril 2022 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à l'assistance juridique et à une rente d'invalidité.

4.

4.1 Aux termes de l'art. 29 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite. Elle a en outre droit à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert.

L'octroi de l'assistance juridique gratuite signifie que la personne indigente est dispensée de payer les avances de frais et les sûretés exigées par l'autorité et que les frais d'avocat sont couverts par l'État. La dispense concerne également les frais inhérents à l'administration des preuves, comme les indemnités de témoins, d'interprètes ou les expertises (Andreas AUER / Giorgio MALINVERNI / Michel HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, 3e éd., 2013, n. 1619).

4.2 Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent (art. 37 al. 4 LPGA). La LPGA a ainsi introduit une prétention légale à l'assistance juridique pour ce type de procédure (ATF 131 V 153 consid. 3.1).

4.3 La réglementation cantonale a une teneur identique à la législation fédérale. Elle prévoit que l'assistance juridique est octroyée conformément aux prescriptions fédérales en matière de contentieux dans l'assurance-vieillesse et survivants, dans l'assurance-invalidité, dans les allocations perte de gain et dans les prestations complémentaires. Elle ne peut être accordée que si la démarche ne paraît pas vouée à l'échec, si la complexité de l'affaire l'exige et si l'intéressé est dans le besoin ; ces conditions sont cumulatives (art. 27D al. 1 de la loi relative à l'office cantonal des assurances sociales du 20 septembre 2002 [LOCAS - J 4 18] et art. 19 al. 1 et 2 du règlement d'exécution de la loi relative à l'office cantonal des assurances sociales du 23 mars 2005 [ROCAS - J 4 18.01]).

4.4 Les conditions d'octroi de l'assistance judiciaire gratuite sont en principe remplies si les conclusions ne paraissent pas vouées à l'échec, si le requérant est dans le besoin et si l'assistance d'un avocat est nécessaire ou du moins indiquée (ATF 125 V 201 consid. 4a ; ATF 125 V 371 consid. 5b et les références).

Le point de savoir si l'assistance d'un avocat est nécessaire ou du moins indiquée doit être tranché d'après les circonstances concrètes objectives et subjectives. Pratiquement, il faut se demander pour chaque cas particulier si, dans des circonstances semblables et dans l'hypothèse où le requérant ne serait pas dans le besoin, l'assistance d'un avocat serait judicieuse, compte tenu du fait que l'intéressé n'a pas lui-même des connaissances juridiques suffisantes et que l'intérêt au prononcé d'un jugement justifierait la charge des frais qui en découlent (ATF 103 V 46 consid. B ; ATF 98 V 115 consid. 3a ; cf. aussi ATF 130 I 180 consid. 2.2 et les références).

4.5 Ces conditions d'octroi de l'assistance judiciaire sont applicables à l'octroi de l'assistance gratuite d'un conseil juridique dans la procédure d'opposition (Revue de l'avocat 2005 n. 3 p. 123), respectivement de décision.

Toutefois, dans la procédure non contentieuse d'instruction d'une demande de prestations de l'assurance sociale, il n'y a pas de droit à l'assistance juridique lorsque les prestations requises sont octroyées à l'issue d'une procédure normale d'instruction (RCC 1989 p. 344 consid. 5b). Par conséquent, le droit à l'assistance gratuite d'un avocat en procédure d'instruction n'entre en considération qu'à titre exceptionnel (Pratique VSI 2000 p. 166 consid. 2b). Aussi, les conditions d'octroi de l'assistance juridique dans la procédure administrative doivent être examinées au regard de critères plus sévères (arrêts du Tribunal fédéral 9C_440/2018 du 22 octobre 2018 consid. 5 et 8C_297/2008 du 23 septembre 2008 consid. 3.3).

4.5.1 L'assistance par un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à un avocat parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les arrêts cités). À cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. En particulier, il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure (Revue de l'avocat 2005 n. 3 p. 123). Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance oeuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée (Revue de l'avocat 2005 n. 3 p. 123). En règle générale, l'assistance gratuite est nécessaire lorsque la procédure est susceptible d'affecter d'une manière particulièrement grave la situation juridique de l'intéressé (ATF 130 I 180 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_297/2008 du 23 septembre 2008 consid. 3.3).

4.5.2 Un litige sur le droit éventuel à une rente d'invalidité n'est pas susceptible d'affecter de manière particulièrement grave la situation juridique de l'intéressé ; en revanche, il a une portée considérable (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 5.2.1, I 319/05 du 14 août 2006 consid. 4.2.1 et I 75/04 du 7 septembre 2004 consid. 3.3 [résumé in : REAS 2004 p. 317]). La nécessité de l'assistance gratuite ne peut donc être admise d'emblée, mais n'existe que lorsque, à la relative difficulté du cas, s'ajoute la complexité de l'état de fait ou des questions de droit, à laquelle le requérant n'est pas apte à faire face seul (cf. ATF 130 I 180 consid. 2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 3.1).

4.6 Aux termes de l'art. 10 al. 2 LPA, le président du Tribunal civil accorde l'assistance juridique sur sa demande à toute personne physique dont la fortune ou les revenus ne sont pas suffisants pour couvrir les frais d'une procédure administrative ou pour lui assurer l'aide et les conseils d'un avocat ou d'un avocat stagiaire lorsque ceux-ci sont nécessaires. L'assistance juridique peut être refusée si les prétentions ou les moyens sont manifestement mal fondés.

4.7 Selon l'art. 58 al. 3 LPGA, le tribunal qui décline sa compétence transmet sans délai le recours au tribunal compétent.

4.8 L'art. 61 let. b LPGA, repris à l'art. 89B LPA, indique que l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions et que si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté.

4.9 En l'espèce, le recourant a fait valoir la complexité des faits et des griefs à invoquer dans le cadre du recours pour justifier une complexité nécessitant l'intervention d'un avocat, concluant que toutes les conditions d'octroi de l'assistance judiciaire étaient réalisées, étant rappelé que le litige portait sur le droit à une rente d'invalidité. L'office a conclu que la décision de refus d'assistance juridique portait uniquement sur la phase de l'audition et que les conclusions du recourant étaient irrecevables.

4.10 Conformément aux dispositions précitées, il y a lieu de retenir que la décision de refus d'assistance juridique du 1^{er} novembre 2023 vise uniquement la phase administrative, l'office n'étant pas compétent pour se prononcer s'agissant du volet judiciaire.

Le recourant, représenté, se limite dans ses conclusions à solliciter l'octroi de l'assistance judiciaire. Il argumente que la rédaction du recours ne pouvait être réalisée que par un avocat et que le litige est important vu qu'il porte sur le droit à une rente d'invalidité.

Malgré les observations de l'intimé qui a clairement développé que son refus d'assistance juridique portait exclusivement sur la phase d'audition ainsi que l'irrecevabilité des conclusions du recourant sur ce point, ce dernier a persisté à faire valoir son droit à l'assistance judiciaire sans modifier son argumentation ou ses conclusions.

À la lecture des écritures du recourant, force est de constater que le recourant n'a pas pris de conclusions à l'encontre de la décision de refus d'assistance juridique du 1^{er} novembre 2023.

Par ailleurs, suite à la transmission de la requête du recourant par la Cour de céans, la Présidence du tribunal civil a octroyé au recourant l'assistance juridique pour la procédure de recours à compter du 5 décembre 2023 par décision du 4 octobre 2024.

Il en résulte que le recourant a obtenu l'assistance judiciaire comme il le souhaitait.

Par conséquent, à défaut de conclusions s'agissant de la décision du 1^{er} novembre 2023 portant sur le refus d'assistance juridique pour la phase administrative, le recours doit être déclaré irrecevable sur ce point conformément aux principes précités sans qu'il ait été nécessaire de l'interpeler. En effet, le conseil du recourant était à même de savoir que la prise de conclusions est une condition de recevabilité du recours, ce d'autant plus qu'en l'espèce, la problématique de la recevabilité a par ailleurs été soulevée par l'intimé.

5. S'agissant du refus de rente, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu. Il conteste la capacité de travail et le taux d'invalidité retenus faisant valoir qu'ils ne reposent pas sur une expertise ORL alors qu'il souffre d'atteintes handicapantes sur ce plan. Les possibilités réelles d'activités adaptées n'avaient par ailleurs pas été examinées. À cela s'ajoutait que le rapport du Dr P_____ du 7 novembre 2023 faisait état d'une aggravation, ce qui conduisait à la nécessité de réaliser de nouvelles expertises. Il se plaignait également de ne pas avoir pu participer à l'interpellation du SMR. Pour sa part, l'intimé observe que le recourant n'a pas apporté d'élément remettant en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire. Le consilium ORL avait été réalisé comme prévu, étant relevé que l'expert rejoignait les conclusions du médecin ORL du recourant. L'aggravation alléguée était postérieure à la décision litigieuse et relevait qu'un avis SMR était différent d'une expertise.

6.

6.1 Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst comprend notamment le droit pour la personne intéressée de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, d'avoir accès au dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; ATF 143 V 71 consid. 4.1). Ce droit comprend ainsi le droit pour les parties de participer à la procédure et d'influer sur le processus conduisant à la prise de décision. Il a pour corollaire que l'autorité, avant de rendre une décision touchant la situation juridique d'une partie, doit en informer cette dernière et lui donner l'occasion de s'exprimer préalablement sur le sujet (ATF 126 V 130 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3).

6.2 Le droit d'être entendu implique également pour l'autorité l'obligation de motiver sa décision. La motivation d'une décision est suffisante, au regard du droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., lorsque l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de

celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 142 II 154 consid. 4.2 ; ATF 139 IV 179 consid. 2.2 ; ATF 138 I 232 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_333/2019 du 3 juin 2019 consid. 5.1). L'autorité n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 ; ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités). La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision. En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_877/2014 du 5 mai 2015 consid. 3.3 et les références ; ATAS/421/2021 du 4 mai 2021 consid. 5).

6.3 La violation du droit d'être entendu, droit de caractère formel, doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_120/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2.1). Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 124 V 180 consid. 4a et 5a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 précité consid. 3.3).

6.4 À teneur de l'art. 74 al. 2 RAI, la motivation tient compte des observations qui ont été faites par les parties sur le préavis, pour autant qu'elles portent sur des points déterminants.

6.5 Aux termes de l'art. 41 LPA, les parties ont le droit d'être entendues par l'autorité compétente avant que ne soit prise une décision.

Selon l'art. 42 al. 4 LPA, les parties ont également la possibilité de s'exprimer sur le libellé des questions à poser et de proposer des modifications de la mission en cas d'expertise destinée à établir des faits contestés.

6.6 S'agissant tout d'abord du grief quant à une violation du droit d'être entendu du recourant, ce dernier doit être rejeté.

En effet, suite au projet de décision, le recourant a pu s'exprimer en sollicitant en particulier une expertise ORL après avoir pris connaissance du dossier.

En premier lieu, il sied de relever que, contrairement aux allégations du recourant, seul un consilium ORL a été requis et non une expertise ORL, les propos de l'examineur quant à l'absence de planification d'une réelle expertise sont dès lors sans pertinence en l'espèce.

Ainsi, la communication du 15 mars 2023 émanant de l'intimé ne fait pas état d'une expertise ORL.

Par mail du 8 mai 2023, le CEMEDEX a fait part à l'intimé de la convocation pour un consilium ORL suite à la demande de l'expert neurologue.

La convocation du jour même reçue par le recourant indique certes « convocation à un examen médical – Expertise » mais il est expressément mentionné que seul un consilium a été demandé par le neurologue, raison pour laquelle il est convoqué auprès du Prof. O_____ pour un examen.

Ce point éclairci, il ressort par ailleurs du dossier que les observations du recourant et en particulier sa demande d'expertise ORL ont été soumises au SMR. Ce dernier s'est prononcé par avis du 31 octobre 2023 en relevant que les critiques du recourant ne s'appuyaient pas sur des éléments cliniques nouveaux susceptibles de remettre en cause l'analyse médicale, étant relevé que le Prof. O_____ rejoignait l'avis de l'ORL traitant, le Dr G_____, qui ne retenait aucune incapacité de travail ni limitation fonctionnelle sur le plan ORL dans son rapport du 12 septembre 2022.

Dans la décision litigieuse, l'intimé a constaté que les observations du recourant à défaut de nouvel élément médical ne permettaient pas un changement de position.

Par conséquent, l'intimé a tenu compte des observations du recourant, ce qui incluait sa requête d'expertise ORL, mais a estimé qu'elles ne remettaient pas en cause sa position et que dès lors, implicitement, elles ne justifiaient pas non plus une instruction complémentaire sous forme d'expertise.

Quant à l'insuffisance de la motivation de la décision alléguée, les éléments évoqués visent en réalité le fond de l'affaire, soit en particulier la contestation d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et les conséquences qui en résultent s'agissant du degré d'invalidité. Dans ses écritures, le recourant fait état des bases de la prise de décision de l'intimé tant au niveau de la capacité de travail ou incapacité de travail que de la période concernée ou des revenus utilisés. Il est ainsi démontré qu'il a pu comprendre les éléments qui ont justifié la décision litigieuse.

Enfin, le recourant reproche à l'intimé d'avoir sollicité le SMR dans le cadre de la procédure de recours afin de se positionner sur le rapport du Dr P_____ sans lui avoir permis de se prononcer sur les questions posées ou d'en proposer ce qui violerait les art. 41 et 42 al. 4 LPA.

Selon la jurisprudence, 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 LPG) 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).

Dès lors, comme développé par l'intimé à juste titre, un avis SMR n'est pas une expertise, mais a pour fonction d'opérer une synthèse des éléments médicaux au dossier, de sorte que le recourant n'a pas le droit de participer à l'élaboration du mandat au SMR. Par ailleurs, il sied de noter que l'intimé a transmis ledit avis SMR ainsi que le mandat, de sorte que le recourant a pu en prendre connaissance et se positionner.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il n'y a pas eu de violation du droit d'être entendu.

7.

7.1 En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

7.2 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

7.3 Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

7.4 Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

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).

7.5 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

7.6 Selon l'art. 28b LAI – entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022 – la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité inférieur à 50%, la quotité de la rente est la suivante : tableau, avec un taux d'invalidité d'au minimum 40% donnant droit à une rente - la plus basse - de 25%, jusqu'à un taux d'invalidité de 49% donnant droit à une rente de 47,5% (al. 4).

8.

8.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

8.2 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, telle la classification internationale des maladies (ci-après : CIM) ou le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

8.2.1 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un

catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). Cette procédure d'administration des preuves est notamment applicable à la fibromyalgie (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.1).

8.2.2 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

8.2.3 Ainsi, selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

I. Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2). Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

II. Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

8.2.4 Il est notamment relevé que même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

8.2.5 Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

9.

9.1 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

9.2 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. 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

9.3 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 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 ; 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).

9.4 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).
11. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

12.

12.1 En l'espèce, le recourant conteste l'appréciation médicale en s'attaquant à la valeur du consilium ORL et en invoquant une aggravation de l'état de santé, éléments qui justifieraient de nouvelles expertises, ce que l'intimé conteste.

12.2 Il sied dès lors d'examiner les rapports médicaux au dossier, en particulier le rapport d'expertise du CEMEDEX.

S'agissant de la valeur probante du rapport d'expertise, l'on doit relever qu'il répond, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante. L'expertise pluridisciplinaire a été conduite par des médecins spécialisés dans chaque domaine concerné, en vue

d'établir une synthèse des différentes pathologies de l'expertisé, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Les experts ont personnellement examiné le recourant préalablement à l'établissement de leur rapport d'expertise, et ils ont consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assuré et résumé leurs propres constatations. Ils ont en outre énoncé les diagnostics retenus et répondu aux questions posées. Leurs conclusions sont claires et motivées.

S'agissant en particulier du volet ORL, seul réellement contesté par le recourant, il sied de relever que l'examineur, le Prof. O_____, conclut à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Or, le Dr G_____, ORL du recourant, expliquait dans son rapport de septembre 2022 que, suite aux traitements, les acouphènes avaient nettement diminué, voire parfois disparu avec cependant une hyperacousie. Il ne retenait pas de restriction fonctionnelle ni d'arrêt de travail.

Il est dès lors manifeste que les conclusions du Prof. O_____ rejoignent celles du Dr G_____.

Par ailleurs, il ressort du rapport du Prof. O_____ que son analyse repose sur l'étude du dossier du recourant, de son entretien et de son examen clinique.

Le recourant se limite à critiquer l'absence d'expertise ORL, point déjà discuté, en alléguant qu'elle aurait eu un autre résultat qu'un consilium sans apporter d'éléments la justifiant ou permettant de contredire l'appréciation du Prof. O_____.

À ce stade, il sied de relever que les conclusions du consilium ORL ont été prises en compte dans l'expertise.

S'agissant du plan psychique, dans son rapport du 14 juin 2022, Madame J_____ admettait une capacité de travail réduite principalement en raison des douleurs et des limitations quant aux déplacements, soit des éléments sortant de son champ de compétence. Il est à relever qu'au status psychiatrique, elle relevait « patient calme, collaborant, pas d'agitation psychomotrice, orienté aux quatre modes, vigilance conservée, pas de troubles mnésiques, attention et concentration conservées, discours fluide, informatif, thymie neutre, pas de troubles de l'appétit, pas d'idées suicidaires ».

En ce qui concerne le volet neurologique, le rapport du Dr P_____ du 7 novembre 2023 fait état d'un examen ne mettant pas en évidence de déficit significatif.

Pour les autres volets de l'expertise, le Dr E_____ avait retenu dans son rapport du 20 avril 2022 que, sur le plan urologique, l'état de santé était stable et permettait une pleine capacité de travail, ce qui rejoint l'appréciation du Dr L_____.

Dans son rapport du 1^{er} mai 2022, le Dr F_____ faisait état de douleurs, de dépression sévère, d'acouphènes et de cancer de la vessie en suivi concluant à une totale incapacité de travail.

S'agissant des genoux, le Dr D_____ mentionnait de l'arthrose dans ses rapports sans se prononcer sur la capacité de travail, l'état de santé étant stationnaire selon son rapport du 4 août 2022.

Quant au Dr H_____, dans son rapport du 6 mai 2022, il concluait en lien avec les atteintes à la main et aux cervicalgies à une capacité de travail dans une activité de bureau compte tenu du manque de force et des douleurs névralgiques.

Or, le Dr N_____ a notamment pris en compte dans son appréciation que le recourant présente « une douleur dans les deux genoux, à droite des séquelles d'une déchirure d'un ligament croisé antérieur et d'un ligament latéral interne, à gauche une chondropathie simple, une douleur lombaire sans irradiation sur discopathies et une douleur cervicale sans irradiation sur discopathies également. Il a par ailleurs des séquelles pour une chirurgie d'un canal carpien du côté gauche, et des douleurs diffuses dont l'examen montrent l'existence d'une fibromyalgie ».

Il apparaît dès lors que les éléments au dossier ont bien été pris en compte par les experts et qu'ils ne permettent en tout état de cause pas de remettre en cause l'expertise.

L'évaluation consensuelle des experts est conforme aux résultats auxquels chaque expert est parvenu dans son champ de spécialité. Leur avis commun est clairement motivé et apparaît probant aux yeux de la chambre de céans.

12.3 Reste à examiner si, comme l'allègue le recourant, la décompensation annoncée dans le rapport du Dr P_____ du 7 novembre 2023 conduit à la nécessité de faire réaliser une nouvelle expertise pluridisciplinaire ou doit au contraire faire l'objet d'une nouvelle demande comme l'invoque l'intimé.

En premier lieu, il sied de constater que le Dr P_____ fait uniquement état d'une décompensation psychiatrique, domaine qui ne relève pas de sa spécialité, ce dernier étant neurologue et renvoyant d'ailleurs le recourant à reprendre contact avec sa psychologue.

À la lecture dudit rapport, force est de constater que le Dr P_____ met clairement en lien la décompensation psychique avec la réception de la décision litigieuse de refus de rente. Il est donc clairement exprimé que l'aggravation de l'état de santé annoncée est une réaction à la décision de refus, et dès lors postérieure à celle-ci.

Le recourant n'a pas produit d'autres éléments médicaux et il ne fait état d'aucun élément objectivement vérifiable et suffisamment important qui aurait été ignoré.

Par conséquent et conformément à la jurisprudence précitée, l'aggravation annoncée étant postérieure à la décision litigieuse, elle ne doit pas être prise en compte dans la présente procédure, mais devra faire l'objet d'une nouvelle demande.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise, à savoir que le recourant est capable de travailler dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles évoquées dans l'expertise, à raison de 100%.

13.

13.1 Le recourant conteste également le revenu d'invalide retenu par l'intimé et fait valoir que l'absence d'examen des possibilités réelles d'exercer une activité adaptée sur le marché du travail, ce qui est contesté par l'intimé qui considère que la capacité de travail a été établie par l'instruction réalisée.

13.2 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

13.3 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, un tel cas d'exception se présente par exemple lorsque le poste de travail que l'assuré occupait avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment de l'évaluation de l'invalidité, lorsqu'il n'aurait pas pu conserver son poste en raison des difficultés économiques, en cas de faillite ou de restructuration de l'entreprise

(arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.3 et les références).

Tel sera le cas également lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontra d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêts du Tribunal fédéral I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

13.4 Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1).

La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

13.4.1 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une

évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (arrêt 8C_823/2023 du 8 juillet 2024), nonobstant l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2022 de l'art. 26bis al. 3 RAI, la jurisprudence développée par le Tribunal fédéral antérieurement au 1^{er} janvier 2022 concernant les critères justifiant un abattement sur le salaire d'invalidé issu des statistiques demeure applicable.

Un abattement sur le revenu d'invalidé n'est en principe pas appliqué pour des personnes assurées dont la dernière activité impliquait des travaux physiquement contraignants et qui, après la survenance d'une atteinte à la santé, ne peuvent exercer plus qu'un travail légèrement ou moyennement contraignant, mais sans limitation de l'horaire de travail ni baisse de rendement, parce que le salaire statistique retenu dans leur cas est tiré d'un tableau de l'ESS correspondant à un faible niveau d'exigence englobant un grand nombre de tâches légères ou moyennement lourdes et que la personne assurée n'a pas à subir de ce seul fait une diminution de son revenu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2 et références citées).

13.5 On rappellera que l'invalidité consiste en une diminution des possibilités de gain sur le marché équilibré du travail si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé et si elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276 ; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si l'assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait certes se fonder sur des possibilités de travail irréalistes, c'est-à-dire envisager une activité qui ne pourrait être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existerait pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice supposerait de la part de l'employeur des concessions irréalistes (cf. arrêts 9C_984/2008 du 4 mai 2008 consid. 6.2; I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329 ; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

13.6 Dans sa décision, l'intimé s'est basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) tant pour le revenu sans qu'avec invalidité.

Il ressort de la détermination du degré d'invalidité que l'intimé a calculé le salaire sans invalidité sur la base des ESS 2020 (TA1_Tirage skill level, homme, ligne 49-52, pour 42.4 heures, niveau 2, indexé à 2021, soit un salaire mensuel de CHF 5'888.- et annuel de CHF 70'699.-). Le recourant étant au chômage au moment du début de l'incapacité de travail, cette manière de procéder correspond aux principes jurisprudentiels précités.

Pour le salaire avec invalidité, il a également été fixé d'après les ESS 2020 (TA1_Tirage skill level, homme, Total, pour 41.7 heures, niveau 1, indexé à 2021, étant précisé qu'aucun abattement n'a été retenu, ce qui apparaît conforme à la jurisprudence, eu égard au nombre significatif d'emplois auxquels le recourant peut prétendre, malgré ses limitations.

À ce stade, il sied en effet de relever qu'au moment de la notification de la décision litigieuse, le recourant, de nationalité suisse, était âgé de 52 ans, avait travaillé dans plusieurs secteurs d'activité et dispose dès lors de capacités dans différents domaines, les limitations fonctionnelles ayant d'ores et déjà été prises en compte dans la fixation de sa capacité de travail.

Ainsi, après comparaison des revenus sans invalidité (CHF 70'654.-) et avec invalidité (CHF 65'292.-), la perte de gain s'élevait à CHF 5'407.-, correspondant à un taux de 8%.

Le calcul effectué est donc conforme à la jurisprudence en la matière et doit donc être confirmé, étant rappelé que l'intimé n'était pas tenu d'examiner quelle activité concrète était adaptée aux restrictions du recourant.

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

Une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités).

En l'espèce, le degré d'invalidité du recourant n'atteint pas le seuil donnant droit à une mesure de reclassement ou à la rente. Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, il faut admettre qu'il existe un nombre suffisamment large d'activités légères sur le marché du travail que le recourant peut assumer malgré ses limitations fonctionnelles et sans formation complémentaire.

14. Infondé, le recours sera rejeté.

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours irrecevable en tant qu'il porte sur la décision de refus d'assistance juridique du 1^{er} novembre 2023.
2. Le déclare recevable pour le surplus.

Au fond :

3. Le rejette.
4. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument.
5. 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

Pascale HUGI

Marie-Josée COSTA

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