

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/486/2023

ATAS/229/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 avril 2024

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me ALIU Mevlon, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Teresa SOARES,
juges assesseures**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1976, marié, père de trois enfants nés en 2015 (jumeaux) et 2017, originaire du Kosovo, titulaire d'un livret C, a travaillé comme opérateur en polissage de 2005 à 2009 ; il a été inscrit à l'assurance-chômage de juin 2006 au 31 mai 2011 et est au bénéfice de l'Hospice général depuis mai 2014. En dernier lieu, il a géré une entreprise de lavage de véhicules.
- b.** Le 17 octobre 2014, l'assuré a subi aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) une exérèse d'une tumeur osseuse bénigne de l'humérus distal gauche, suite à une fracture pathologique de celui-ci.
- c.** Le 24 février 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité et, par décision du 15 février 2016, l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a rejeté la demande de prestations, en considérant que l'assuré était en incapacité de travail totale dès octobre 2014 et en capacité de travail totale dans une activité adaptée dès février 2015.
- B.** **a.** Le 10 septembre 2019, l'assuré a subi une ostéosynthèse par plaque suite à une fracture épiphyso-diaphysaire du radius gauche causée par une chute à vélo le 7 septembre 2019, avec réception sur le membre supérieur gauche. Il a aussi présenté une fracture à droite non déplacée du trochiter avec tendinopathie fissuraire de la coiffe postéro-supérieure ainsi que du long chef du biceps (humérus).
- b.** Le 22 décembre 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.
- c.** Le 2 février 2021, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine générale, a attesté de céphalées chroniques, trouble de la mémoire, douleurs au poignet gauche, gonalgies bilatérales, dérobement du membre inférieur gauche et trouble psychique.
- d.** Le 1^{er} novembre 2021, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté d'une méniscopathie fissuraire interne du genou gauche et discopathies modérées L3-S1 avec petite hernie L5-S1 sans conflit radiculaire. L'assuré présentait des gonalgies et des lombalgies. La capacité de travail était totale dans une activité adaptée.
- e.** Le 9 novembre 2021, la docteure D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'un épisode dépressif moyen, entraînant une capacité de travail nulle.
- f.** Le 29 décembre 2021, le docteur E_____, médecin adjoint à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, a attesté de limitations de travail de force et en hauteur avec le membre supérieur droit.

g. À la demande de l'OAI, le Centre d'expertises médicales (ci-après : CEMed) (docteurs F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et G_____, spécialiste FMH en rhumatologie) a rendu le 1^{er} juin 2022 un rapport d'expertise.

L'assuré se plaignait surtout des genoux, de lombalgies, de céphalées quotidiennes, d'une faiblesse du membre supérieur gauche et de douleurs à l'effort, de douleurs plantaires, de gêne au poignet gauche et tiraillement dans l'épaule droite. Il avait des oublis, des troubles de la concentration, des céphalées, il était énervé et ne supportait pas le bruit. L'examen du membre supérieur gauche était strictement normal ; il n'y avait aucune séquelle du traumatisme

Du point de vue orthopédique, le tableau douloureux actuel semblait être apparu après la chute à vélo de 2019. On pouvait estimer que l'intégralité des lésions du poignet gauche et de l'épaule droite était guérie en date du 14 septembre 2020 pour l'épaule droite et du 22 septembre 2020 pour le poignet gauche. C'était postérieurement à ces dates qu'apparaissaient les gonalgies bilatérales prédominant à droite, liées à la pathologie méniscale dégénérative. L'exérèse du lipome dorsal qui était prévue n'entraînerait qu'une incapacité de travail transitoire de quatre semaines, sans limitations fonctionnelles complémentaires. Ainsi, seule la pathologie de l'épaule droite, à savoir la discrète tendinopathie post-traumatique, et la lésion méniscale médiale du genou droit étaient susceptibles d'évoluer de manière défavorable, les autres lésions pouvant être considérées comme guéries. Dans l'ancienne activité, la capacité de travail était de 100% avec une diminution de rendement de 30% due à l'affection du genou droit et de l'épaule droite et elle était de 100% dans une activité adaptée (soit sans travaux en élévation du membre supérieur droit à plus de 90 degrés durant une période cumulée de 2 heures par jour ou à plus de 60 degrés plus de 3 heures par jour, sans travaux en hyperflexion ou à genoux, sans montée ou descente d'escaliers ou de barreaux ou d'échelle et sans travaux nécessitant des torsions répétées des membres inférieurs). L'assuré avait présenté une incapacité de travail totale du 7 septembre 2019 au 20 septembre 2020.

Du point de vue psychiatrique, les diagnostics posés étaient un syndrome douloureux somatoforme persistant, évoluant depuis septembre 2019, retenu sur l'existence de plaintes douloureuses somatiques sans substrat anatomique clairement identifié, responsable d'une détresse psychique légère, avec prédominance d'un trouble de la maîtrise des émotions, sans rémission, en cours de chronicisation et majoration de troubles physiques pour raisons psychologiques, en lien avec une importante blessure narcissique. Il n'y avait pas d'incapacité de travail.

h. Le 7 juillet 2022, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu une capacité de travail nulle dès le 7 septembre 2019, de 70% dès le 21 septembre 2020 et de 100% dans une activité adaptée dès le 21 septembre 2020.

i. Par projet de décision du 23 août 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en constatant que le taux d'invalidité de l'assuré était de 10%.

j. Le 19 décembre 2022, l'assuré, représenté par un avocat, a observé que l'OAI n'indiquait pas quelle activité était adaptée et a contesté la valeur probante de l'expertise du CEMed.

k. Par décision du 10 janvier 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

- C. a.** Le 10 février 2023, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès septembre 2019 ; il requérait une expertise judiciaire pluridisciplinaire, subsidiairement, il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité « de 41,7% » dès septembre 2019.

La décision de l'OAI ne tenait pas compte des avis des Drs D_____ et B_____ ; l'expert rhumatologue ne pouvait se prononcer sur les céphalées chroniques, les troubles mnésiques et les difficultés de concentration et d'attention ; l'expertise du CEMed n'était pas probante ; l'OAI n'avait pas mentionné quelle activité était exigible. Subsidiairement, il convenait de procéder, sur le revenu d'invalidé, à un abattement de 35% (10% pour les limitations fonctionnelles et 25% admis par la jurisprudence) de sorte que le revenu d'invalidé était de CHF 40'155.- et le degré d'invalidité de 41,7%.

Il a communiqué un rapport d'IRM cérébrale du 30 août 2022 et un rapport de la docteure H_____, spécialiste FMH en neurologie, du 17 janvier 2023 évoquant une atteinte axonale du nerf saphène interne droit.

b. Le 1^{er} mars 2023, le SMR a estimé que l'IRM du 30 août 2022 et les conclusions de la Dre H_____ ne modifiaient pas ses évaluations de la capacité de travail de l'assuré.

c. Le 14 mars 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours.

d. Le 12 mai 2023, l'assuré a répliqué, en communiquant un bilan diagnostique du docteur I_____, médecin adjoint au service de psychiatrie gériatrique des HUG, et de Monsieur J_____, neuropsychologue au service de gériatrie des HUG, du 27 avril 2023, lequel mettait en évidence un déficit cognitif modéré à avancé de probable origine multifactorielle (thymique, traumatique) chez un patient connu pour une symptomatologie anxio-dépressive ; l'imagerie cérébrale ne montrait pas de signes parlant en faveur d'une affection neurodégénérative ; sur le plan psychiatrique, il était constaté un épisode dépressif d'intensité moyenne, associé aux symptômes anxieux ; les difficultés cognitives objectivées étaient de nature à limiter la capacité fonctionnelle dans les activités quotidiennes non routinières ; la capacité fonctionnelle était significativement limitée au quotidien et même fortement limitée lors des tâches requérant un niveau d'exigences élevé ou un effort prolongé.

e. Le 16 octobre 2023, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a indiqué qu'il communiquerait des rapports de ses médecins, les Drs D_____ et B_____.

f. Le 31 janvier 2024, le recourant a communiqué :

- un rapport du 15 décembre 2023 de la Dre D_____, dans lequel celle-ci atteste d'une capacité de travail du recourant d'au maximum 60%, dans l'activité habituelle ou une activité adaptée (tâches routinières). Le recourant souffrait d'un trouble anxieux dépressif, mais pas d'une dépression ; il s'agissait plus d'une répercussion dépressive ; toute nouveauté était anxiogène ;
- un rapport du Dr C_____ du 28 décembre 2023, posant les diagnostics de méniscopathie fissuraire interne et chondropathie fémoro-tibiale interne débutante bilatérale, invalidantes et de discopathies modérées de L3 à S1 avec petite hernie L5-S1 sans conflit radiculaire. La capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée, sans charges de plus de 5 kg, sans escaliers ni déplacements ou station debout de plus de dix minutes, sans position accroupie ni à genoux, et avec possibilité de changer régulièrement de position.

Le recourant a relevé que l'instruction menée par l'intimé était lacunaire ; il manquait une évaluation neurologique, laquelle pourrait appréhender les céphalées et les troubles neuropsychologiques. Le rapport neuropsychologique du 27 avril 2023 montrait un trouble mnésique modéré à sévère.

g. Le 16 février 2024, le SMR a rendu un avis, selon lequel le rapport de la Dre D_____ n'amenait pas d'élément médical nouveau, le rapport neuropsychologique du 27 avril 2023 retenait un diagnostic d'épisode dépressif moyen, en contradiction avec l'avis de la Dre D_____, il n'y avait pas d'atteinte cognitive majeure, ni de trouble de la concentration incapacitant, enfin les atteintes orthopédiques relevées par le Dr C_____ avaient déjà été prises en compte par les experts, une aggravation sur le plan cognitif n'était pas exclue mais était postérieure à la décision litigieuse.

h. Le 29 février 2024, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité.

EN DROIT

1.

1.1 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.

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

1.3 Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

1.4 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).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée le 22 décembre 2020 et le délai d'attente d'une année venant à échéance en septembre 2020, un éventuel droit à une rente d'invalidité naitrait antérieurement au 1^{er} janvier 2022 (cf. art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

3.

3.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

3.2 En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

4.

4.1 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

4.2 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

4.3 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

4.4 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

4.5 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).

5. 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 réaliser 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).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

5.1 Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2). Le salaire réalisé en dernier lieu comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires, la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants. À cet effet, on se fondera en principe sur les renseignements fournis par l'employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_434/2023 du 30 novembre 2023 consid. 3 et la référence).

Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par

l'Office fédéral de la statistique (arrêts du Tribunal fédéral I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas 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 rencontrait 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. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (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).

5.2 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).

5.2.1 Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine

n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), respectivement T17 (à partir de 2012) si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_124/2021 du 2 août 2021 consid. 4.4.1 et 8C_111/2021 du 30 avril 2021 consid. 4.2.1 et les références).

5.2.2 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 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). 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 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).

6. 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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).

7. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé, pour rendre la décision litigieuse, sur le rapport d'expertise du CEMed du 1^{er} juin 2022.

7.1 Fondé sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse, la description des plaintes du recourant, ainsi que d'une journée-type, un examen clinique, des diagnostics et limitations fonctionnelles clairs et une appréciation convaincante de la capacité de travail du recourant, le rapport d'expertise du CEMed du 1^{er} juin 2022 répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

7.2 Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise du CEMed, au motif que ses médecins-traitants ont conclu de manière divergente. Il a communiqué des rapports des Drs D_____ et C_____.

7.2.1 S'agissant de la Dre D_____, elle exclut, dans son dernier rapport du 15 décembre 2023, la présence d'un diagnostic de dépression selon la CIM-10 pour ne retenir qu'une « répercussion dépressive », de sorte que son avis n'est pas divergent de celui de l'experte F_____, qui a exclu un épisode dépressif moyen, en l'absence de critères suffisants et de l'existence d'une probable majoration de troubles physiques pour raisons psychologiques.

7.2.2 Quant au rapport du Dr C_____ du 28 décembre 2023, il confirme une capacité de travail du recourant de 100% dans une activité adaptée, ce qui va dans le même sens que les conclusions de l'expert rhumatologue G_____.

7.3 Le recourant fait encore valoir que les céphalées dont il souffre n'ont pas été prises en compte. Le recourant s'est plaint de céphalées du côté droit quotidiennes qui font « de la brouille dans la tête » (expertise CEMed psychiatrique p. 10). L'expert rhumatologue a indiqué qu'elles étaient sans substrat organique et qu'elles ne pouvaient être expliquées (expertise CEMed rhumatologique p. 19). Le recourant fait cependant valoir les conclusions du rapport de l'IRM cérébrale du 30 août 2022, selon lesquelles les quelques anomalies de signal FLAIR de la substance blanche pourraient éventuellement avoir pour cause les céphalées mais que celles-ci pourraient aussi être dues à une éventuelle cause toxique ou médicamenteuse.

Ces hypothèses sont insuffisamment précises pour pouvoir établir une cause organique aux céphalées. On constate en outre que l'IRM subséquente du 24 mars 2023 citée dans le bilan diagnostique du 27 avril 2023 mentionne seulement des minimes lésions de la substance blanche fronto-pariétale aspécifiques et que le recourant fait lui-même un lien entre la prise de psychotropes et les céphalées (il

dit avoir arrêté son traitement en raison des effets secondaires de céphalées et vertiges).

Au demeurant, les céphalées ont été prises en compte et incluses par les experts du CEMed dans le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant retenu par l'expert psychiatre, faute de cause organique.

Une expertise neurologique n'apparaît, dans ses conditions, pas nécessaire.

7.4 Le recourant mentionne une série d'erreurs dans le rapport d'expertise du CEMed. Celles-ci, mineures, ne sont toutefois pas à même d'ôter la valeur probante du rapport d'expertise. Elles portent en effet sur l'état civil du recourant et ses qualifications.

7.5 Le recourant estime qu'il incombait aux experts de fournir des indications concrètes sur le type d'emploi exigible.

À cet égard, il sera rappelé que la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Sur la base de ces informations, les services de réadaptation professionnelle déterminent concrètement quels travaux on peut encore raisonnablement exiger (arrêt du Tribunal fédéral 9C_484/2016 du 10 février 2017 consid. 4.2.1 et les références). Ainsi, selon une jurisprudence constante, l'évaluation des activités adaptées aux limitations fonctionnelles est du ressort de l'administration, qui doit éventuellement faire appel à des spécialistes tels que des conseillers professionnels, et non du médecin, à qui il incombe en premier lieu de déterminer lesdites limitations fonctionnelles (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 107 V 17 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_545/2012 du 25 janvier 2013 consid. 3.2.1). Par ailleurs, le salaire statistique est suffisamment représentatif de ce que le recourant serait en mesure de réaliser en tant qu'invalidé, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées compatibles avec ses limitations fonctionnelles (cf. *infra* consid. 8).

7.6 Enfin, le recourant se prévaut du bilan diagnostique du 27 avril 2023. Celui-ci conclut à la présence d'un épisode dépressif d'intensité moyenne associé aux symptômes anxieux et à un déficit cognitif modéré à avancé.

S'agissant du diagnostic psychiatrique, comme relevé par l'intimé, il est en contradiction avec celui posé par la psychiatre traitante, laquelle a effectué un suivi de l'assuré sur plusieurs années, et qui estime, le 15 décembre 2023, qu'un diagnostic de dépression n'est pas réalisé, mais qu'il s'agit uniquement d'une répercussion dépressive.

S'agissant des déficits cognitifs, le bilan diagnostique précité témoigne de limitations fonctionnelles significatives, lesquelles pourraient avoir un impact sur une capacité de travail. Cependant, comme relevé par l'intimé, ce déficit est objectivé en février 2023, soit postérieurement à la décision litigieuse du 10 janvier 2023. Cette aggravation neuropsychologique a également été attestée par

la Dre D_____ le 15 décembre 2023, soit également postérieurement à la décision litigieuse. En conséquence, cette aggravation pourrait être prise en compte dans le cadre d'une éventuelle nouvelle demande de prestations.

8.

8.1 Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par les experts du CEMed, est exigible du recourant une activité exercée à taux de 100% qui évite les travaux en élévation du membre supérieur droit à plus de 90 degrés durant une période cumulée de 2 heures par jour ou à plus de 60 degrés plus de 3 heures par jour ; qui évite les travaux en hyperflexion ou à genoux, la montée ou descente d'escaliers ou de barreaux d'échelles ou les travaux nécessitant des torsions répétées des membres inférieurs.

8.2 S'agissant du calcul du degré d'invalidité, les salaires statistiques utilisés par l'intimé pour déterminer le revenu d'invalidé recouvrent un large éventail d'activités respectant les limitations fonctionnelles précitées. Contrairement à l'avis du recourant, il ne se justifie pas, au vu de la jurisprudence précitée, de prendre en compte le revenu issu de l'ESS 2018, secteur 3 services, homme, niveau 1, plutôt que le revenu, tous secteurs confondus, total, homme, niveau 1. Leur prise en compte peut donc être confirmée.

En outre, l'abattement de 10% admis par l'intimé, en raison des limitations fonctionnelles du recourant, tient suffisamment compte de la situation de celui-ci et les autres critères pertinents ne sont pas réalisés. En effet, le recourant est âgé de 47 ans au moment de la décision litigieuse, est titulaire d'un livret C, a exercé des emplois différents et est reconnu capable d'exercer une activité adaptée à un taux de 100%.

8.3 Au demeurant, le calcul du degré d'invalidité auquel l'intimé a procédé peut être confirmé. Dans la mesure où il aboutit à un degré d'invalidité de 10%, celui-ci ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

9. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à 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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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