RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3315/2020 **ATAS/465/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 mai 2021

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à CAROUGE GE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT — recourant

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Jean-Pierre WAVRE et Toni KERELEZOV, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1965, originaire du Kosovo, titulaire d'une autorisation de séjour B, entré en Suisse le 10 août 2012, a travaillé depuis le 24 février 2015 comme aide plâtrier pour B_____SA.

2. Le 25 février 2015, l'assuré a été victime d'un accident (blessure au pouce droit avec une meuleuse). Il a présenté une section totale du tendon long extension du pouce droit. Il a bénéficié d'une suture (plaie du tendon EPL en zone 1) puis, suite à des adhérences, d'une libération du tendon long extension du pouce le 9 septembre 2015.

3. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) a pris le cas en charge.

4. Le 2 mars 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.

5. Le 10 mars 2016, le docteur C_____, FMH chirurgie de la main, a indiqué une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et totale dans une activité adaptée, sans préhensions fortes en raison de douleurs au pouce droit.

6. Le 13 avril 2016, le docteur D_____ a indiqué une persistance de douleur au pouce droit de type allodynie et rigidité, une lombalgie et une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle.

7. Le 25 avril 2016, le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a estimé qu'une activité adaptée (pas de préhension forte de la main droite, essentiellement monomanuelle gauche) était possible dès août 2015.

8. Par décision du 26 septembre 2016, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité de l'assuré était de 10 % (calculé pour les revenus sans et avec invalidité selon l'ESS 2014, TA1, homme, niveau 1, pour 41,7 heures de travail par semaine, indexé à 2015, avec une déduction de 10 % sur le revenu avec invalidité).

9. Par décision du 23 novembre 2016, la SUVA a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI, en constatant que le degré d'invalidité était inférieur à 10 %.

10. Le 21 mars 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, en raison d'une limitation de la fonction du pouce droit et d'une hernie discale et périarthrite scapulohumérale depuis juin 2017. Il a communiqué un rapport d'IRM du 12 juin 2017 montrant une volumineuse hernie discale paramédiane gauche luxée vers le bas, au niveau de L5-S1 et une discarthrose de L3-L4 et L4-L5, ainsi qu'un rapport d'imagerie montrant un conflit entre une hernie discale lombo sacrée gauche et la racine S1 gauche sous-jacent à la radiculalgie gauche et une périarthrite scapulohumérale bilatérale.

11. Le 23 avril 2018, la doctoresse E_____, médecin généraliste, a écrit à l'OAI qu'elle suivait l'assuré depuis le 12 octobre 2017 pour des douleurs au rachis

cervico-dorso-lombaire et aux épaules, fourmillements et crampes au membre inférieur gauche, douleurs au membre inférieur droit, troubles du sommeil, nervosité, asthénie, angoisse, troubles de la mémoire et de la concentration et douleurs au pouce droit et bourdonnements d'oreilles. L'état de santé s'aggravait et l'assuré ne pouvait travailler tant qu'il n'y avait pas de stabilisation adéquate sur le plan clinique. Il avait subi une intervention en 2009 en Croatie (colonne lombaire L5-S1 gauche).

12. Le 16 juillet 2018, le docteur F_____, FMH neurologie, a posé le diagnostic de lombo radiculalgie S1 gauche chronique, non déficitaire, hernie discale L5-S1 para médiane gauche récidivante. L'assuré présentait depuis un an et demi une douleur radiculaire dans un territoire S1 du côté gauche.

13. Le 10 août 2018, la doctoresse G_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a répondu à une demande de renseignements de l'OAI. Elle a posé le diagnostic d'état dépressif sévère avec symptômes psychotiques, anxiété généralisée et trouble de la personnalité sans précision. La capacité de travail était nulle. Elle suivait l'assuré depuis le 25 juin 2018.

14. Le 24 septembre 2018, le Dr F_____ a indiqué une lombo radiculalgie S1 gauche chronique non déficitaire et une hernie discale L5-S1 totalement résorbée sur l'IRM du 28 juin 2018. Il existait une capacité de travail résiduelle avec une mobilité réduite.

15. Le 6 novembre 2018, la Dresse E_____ a répondu à une demande de renseignement de l'OAI. L'assuré était en arrêt de travail à 100 % pour des motifs physique et psychique (lombosciatalgies gauches, état anxiodépressif - périarthrite scapulo tumorale bilatérale - trouble au pouce).

16. Le 14 décembre 2018, l'institut médical de Champel a indiqué que l'assuré présentait une raideur lombaire et ne pouvait porter de charge de plus de 3kg. La capacité de travail était nulle dans toute activité en raison de douleur trop forte.

17. Le 8 janvier 2019, le Dr F_____ a confirmé une capacité de travail résiduelle avec une mobilité réduite.

18. A la demande de l'OAI :

    - La Dresse E_____ a indiqué le 7 mars 2019 que l'assuré présentait des douleurs persistantes de façon continue tant au niveau du rachis dorso lombaire qu'au niveau du membre inférieur gauche, une tendinite aux épaules et un état anxiodépressif. Il ne pouvait effectuer de travaux lourds et répétitifs avec les membres supérieurs.

    - La Dresse G_____ a indiqué le 13 avril 2019 que l'évolution de l'état psychique de l'assuré était lente malgré le traitement.

19. Le 2 juillet 2019, le SMR a constaté que les dosages sanguins des médications psychiatriques montraient des résultats en dessous des valeurs minimales thérapeutiques.

20. Le 9 juillet 2019, la Dresse G_____ a indiqué que l'assuré disait prendre régulièrement son traitement psychotrope et son état psychique n'évoluait pas tellement favorablement ; un changement d'antidépresseur était discuté en raison d'effets secondaires ; pour l'instant son état de santé était inchangé.

21. Le 20 juillet 2019, la Dresse E_____ a indiqué qu'un stage d'évaluation était souhaitable afin de déterminer les capacités de l'assuré.

22. A la demande de l'OAI, le CEMEDEX (docteurs H_____, psychiatre, et I_____, rhumatologue) a rendu le 8 juillet 2020 un rapport d'expertise.

    Les experts ont posé les diagnostics de lombosciatalgie gauche après chirurgie lombaire en 2006 (M54.3), douleur cervicale sur arthrose (M51.3), épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01).

    Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : rhumatologique : pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 25kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 10 kg, éviter les mouvements de préhension forcés et répétés de la main droite ; psychiatrique : tristesse et humeur dépressive légères, sentiment d'infériorité, de dévalorisation et de découragement et tension nerveuse et irritabilité.

    La capacité de travail était nulle comme plaquiste déjà depuis 2006 (chirurgie lombaire) et de 100 % dans une activité adaptée six mois après l'intervention de 2006.

23. Le 13 juillet 2020, le SMR a estimé qu'au vu de l'expertise du CEMEDEX, l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié depuis la décision de 2016.

24. Par projet de décision du 13 juillet 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité était de 10 %, l'état de santé de l'assuré ne s'étant pas modifié depuis la décision du 26 septembre 2016 ; une mesure d'ordre professionnel ne serait pas à même d'augmenter la capacité de gain.

25. Le 7 septembre 2020, l'assuré, représenté par ASSUAS, a fait valoir que le trouble dépressif sévère, avec parfois des symptômes psychotiques, n'avait pas fait l'objet d'une étude fouillée par le CEMEDEX, les plaintes n'étaient pas prises en considération, ni les interférences médicales et les conclusions étaient incohérentes. L'expertise ne déterminait pas la quantité et la régularité de la consommation d'alcool ; les incohérences relevées pouvaient être dues à un trouble de la mémoire et de la concentration.

26. Le 17 septembre 2020, le SMR a constaté que l'assuré n'apportait aucun élément médical nouveau.

27. Par décision du 23 septembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en se ralliant à l'avis du SMR précité.

28. Le 20 octobre 2020, 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 de l'OAI du 23 septembre 2020, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a repris les griefs de ses observations du 7 septembre 2020.

    Les Dresses E_____ et G_____ avaient constaté qu'il présentait des atteintes totalement invalidantes. L'expert psychiatre relatait de façon contradictoire que l'assuré avait toujours été habitué à travailler puis qu'il ne travaillait plus depuis 2006. La question de la consommation d'alcool avait été laissée ouverte. L'expert rhumatologue évaluait la capacité de travail à 100 % depuis 2006 alors qu'il n'avait pas travaillé de 2006 à 2015.

29. Le 17 novembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours.

    L'expert psychiatre avait bien discuté les diagnostics posés par la Dresse G_____. Il n'était pas contradictoire de considérer que l'assuré était capable de travailler même s'il n'avait pas exercé d'activité. La problématique d'une consommation d'alcool n'avait jamais été évoquée par les médecins traitantes et l'assuré avait refusé de répondre à l'expert sur cette question. L'expertise bidisciplinaire était probante.

30. Le 18 décembre 2020, l'assuré a répliqué, en relevant que l'expert psychiatre n'avait pas expliqué pourquoi le degré de l'épisode dépressif n'était pas aussi important que celui décrit par la psychiatre traitante. Il n'avait pas discuté le diagnostic d'anxiété généralisée. L'OAI n'avait pas tenu compte de ses atteintes psychiatriques ; la consommation d'alcool devait faire l'objet d'une évaluation. L'expertise bidisciplinaire n'était pas probante.

31. Le 1er mars 2021, la chambre de céans a convoqué les parties en audience de comparution personnelle.

    Le recourant a déclaré : « Je ne vais pas du tout bien. Je vois la Dresse E_____ et ma psychiatre chaque mois. J'ai des problèmes au dos, à un doigt de la main, j'ai du cholestérol et une tension artérielle élevée. J'ai suivi un dosage médicamenteux et je confirme que je prends tous les médicaments qui me sont prescrits. Je dois me faire opérer du genou gauche, mais je dois toutefois attendre que mon bras droit aille mieux pour pouvoir me faire opérer du genou.

    Je suis arrivé en Suisse en 2011. Je n'ai commencé à travailler qu'en 2015 pour B_____ car ma femme était malade et j'ai dû m'occuper d'elle. Elle est décédée en 2019. Je vis seul et je suis assisté par l'Hospice général.

    Lors de l'expertise au CEMEDEX on m'a posé des questions bizarres comme la date de naissance de mes parents. Sinon l'expertise s'est bien passée mais elle n'a pas tenu compte de mon état. Avant d'arriver en Suisse j'ai travaillé dans la construction de bateaux à SPLIT. Après mon opération du dos en 2006 je n'ai pas

pu retravailler à cause de cette atteinte. J'ai travaillé toute ma vie mais là je ne me sens pas en état de travailler et cela en raison de tous les problèmes que j'ai dans le corps, au dos, au genou, au bras mais aussi à la tête, soit pour des raisons psychiques. Je vois chaque mois la Dresse G_____. Elle a lu l'expertise du CEMEDEX mais elle ne l'a pas commentée.

Je me lève tôt le matin, je ne dors pas bien, je n'ai pas d'ami, mais je sors pour m'acheter à manger car je n'ai rien d'autre à faire. Je me repose l'après-midi et je reste toute la journée à mon appartement. Je regarde la télévision. Je sors quelque fois me promener mais c'est rare. Je me fais à manger. Je ne suis pas très concentré dans ce que je fais au niveau du ménage mais j'arrive quand même à me préparer un sandwich. J'ai un seul ami mais lui non plus ne va pas bien. Sinon je n'ai pas de famille. Pour le dos je vais chez le Dr J_____, j'ai reçu trois injections pour le dos et maintenant je suis sous traitement médicamenteux. Je vais régulièrement chez le Dr K_____ pour le bras. C'est le Dr L_____ qui a procédé aux infiltrations. »

L'avocat du recourant a déclaré : « Nous contestons essentiellement le volet psychiatrique de l'expertise du CEMEDEX mais mon client présente d'autres problèmes physiques comme celui au genou. »

Le recourant a versé au dossier les pièces suivantes :

- Un rapport d'échographie de l'épaule droite du 23 septembre 2020.
- Un rapport de RX du genou gauche du 23 septembre 2020.
- Un rapport du docteur L_____, FMH rhumatologie, du 19 novembre 2020 concluant à une tendinopathie de l'épaule droite et une rupture partielle transfixiante du supra-épineux ainsi qu'une arthrose du genou gauche et indiquant une infiltration de l'épaule droite.
- Un rapport opératoire du docteur K_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur et médecine du sport, du 10 février 2021 attestant d'une intervention chirurgicale à l'épaule droite (rupture de coiffe et arthrose).
- Un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 27 janvier 2021.
- Un certificat médical de la Dresse E_____ du 3 février 2021, attestant de la nécessité pour l'assuré de suivre un régime (diabète de type II et hypercholestérolémie).

32. À la demande de la Cour de céans, la Dresse G_____ a donné des renseignements médicaux le 12 mars 2021. Elle suivait l'assuré depuis le 25 juin 2018, à raison d'une à deux fois par mois pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, anxiété généralisée, trouble de la personnalité anxieuse (évitant).

    L'assuré était très triste, avec une labilité émotionnelle, il pleurait, était soucieux, angoissé, irritable, avec des difficultés de concentration, de mémoire, d'endormissement, de la fatigabilité, une sensation d'être à bout, une perte d'élan

vital, des idées de dévalorisation, de la culpabilité, des idées noires. Sa situation sociale était très précaire. Il avait des problèmes somatiques (épaule droite opérée en février 2021 et douleurs au dos, cou et genou gauche). Il n'était pas stable sur le plan psychiatrique. Il restait déprimé, angoissé, se sentait coupable, diminué, faible et inutile ; un état dépressif s'était installé depuis longtemps. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité (handicap du bras et de la main droite, tristesse, perte de moral, d'élan vital, idées sombres et trouble cognitif).

S'agissant de l'expertise psychiatrique du CEMEDEX, le diagnostic était plutôt celui de trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère plutôt que celui d'un épisode dépressif léger avec syndrome somatique ; il présentait aussi une anxiété généralisée. Elle indiquait qu'il fallait voir à l'avenir si une activité partielle dans un travail adapté serait possible (après réhabilitation et amélioration de la thymie avec diminution de l'angoisse).

33. Le 13 avril 2021, le recourant a observé que la Dresse G_____ confirmait que l'expertise du CEMEDEX n'était pas probante, dans le sens qu'elle ne tenait pas compte du trouble dépressif sévère avec parfois des symptômes psychotiques, se fondait sur des examens incomplets ou erronés, ne prenait pas en considération les plaintes, décrivait des façon peu claire les interférences médicales et comportait des conclusions incohérentes.

34. Le 15 avril 2021, la doctoresse M_____, du SMR, a rendu un avis. La Dresse G_____ décrivait une symptomatologie anxiodépressive qui semblait s'être aggravée surtout parallèlement aux nouveaux problèmes somatiques survenu en février 2021, avec l'opération de l'épaule droite. Lors de l'expertise bidisciplinaire effectuée en juillet 2020, l'expert psychiatre avait retenu un trouble dépressif d'intensité légère, en se basant sur des faits objectifs ; l'assuré ne présentait pas de troubles cognitifs et la symptomatologie dépressive était d'intensité légère. Par ailleurs, aucune plainte anxieuse n'était ressortie et aucun symptôme neurovégétatif n'avait été constaté. La description des activités quotidiennes par l'assuré ne relevait pas de limitations ni d'isolement social. Sur le plan ostéoarticulaire, l'expert rhumatologue avait décrit un examen des épaules et des genoux tout à fait normal. Les lombalgies avaient été appréciées par l'expert. Ainsi, pour le SMR, selon le rapport de la Dresse G_____, psychiatre, l'assuré présentait une nouvelle atteinte au niveau de l'épaule droite avec une opération en février 2021. Par ailleurs, il y avait une possible aggravation de l'état de santé psychique parallèlement aux empêchements physiques de l'épaule. Cependant, cette nouvelle atteinte somatique, et possible aggravation psychique étaient postérieures à la décision, de sorte que l'appréciation antérieure du cas demeurait valable.

35. Le 15 avril 2021, l'OAI a indiqué que la nouvelle atteinte somatique et la possible aggravation psychique étaient postérieures à la décision.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était pendant, au 1er janvier 2021, devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

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

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, 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 1er janvier 2008).

   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. 28 al. 2 LAI).

7. a. 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 maladif, 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; ATF 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).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

b. 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).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

c. 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. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

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

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8; ATF 137 V 210 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2. et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

d. 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).

e. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs

médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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

10. a. En l'occurrence, l'intimé a ordonné une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, confiée au CEMEDEX. Le rapport d'expertise de celui-ci, du 8 juillet 2020, dans la mesure où il tient compte de toutes les pièces du dossier, des plaintes du recourant, comprend une anamnèse, des constatations objectives, des diagnostics clairs, la description des limitations fonctionnelles, l'estimation consensuelle de la capacité de travail après une évaluation de la cohérence, de la plausibilité et des ressources et difficultés du recourant, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

    La capacité de travail du recourant a été considérée comme totale six mois après l'intervention chirurgicale de 2006, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques : pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 25kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 10 kg, éviter les mouvements de préhension forcés et répétés de la main droite. Le degré d'invalidité était ainsi de 10%, soit similaire à celui calculé lors de la dernière décision de l'intimé du 26 septembre 2016.

    b. Les griefs invoqués par le recourant à l'encontre de ce rapport d'expertise ne sont pas à même de mettre en doute ses conclusions.

    b/aa. Le recourant estime que l'expert psychiatre n'a pas expliqué la divergence entre ses propres diagnostics et ceux posés par la Dresse G_____ et a écarté à tort l'état dépressif sévère avec symptômes psychotiques, attesté par la psychiatre traitante le 10 août 2018.

    À cet égard, la dresse G_____ a attesté les 9, 10 octobre 2018 et 13 avril 2019 que le recourant présentait un trouble de l'humeur, type dépressif, avec de l'angoisse, aboulie, asthénie, perte d'estime, idée de dévalorisation, nervosité, fatigue, trouble cognitif, ruminations, manque d'intérêts et idées sombres et le 13 avril 2019 elle a mentionné une évolution lente. On constate ainsi que le diagnostic d'état dépressif

sévère avec symptômes psychotiques n'a été posé par la Dresse G_____ qu'en août 2018, mais plus dans ses rapports subséquents.

Par ailleurs, au jour de l'examen du recourant par les experts du CEMEDEX, le 17 juin 2020, les constatations objectives de l'expert psychiatre ont pu être corrélées à un diagnostic d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique. Interpellée par la Cour de céans sur le bien-fondé des conclusions de l'expertise précitée, la Dresse G_____ n'a pas confirmé la présence, en juin 2020, d'un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Elle a seulement estimé qu'actuellement (soit en mai 2021), le diagnostic était plutôt celui de trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, en précisant que le recourant avait présenté une péjoration de son état de santé psychique depuis l'intervention chirurgicale de son épaule droite en février 2021. Dans ces conditions, on ne saurait reprocher à l'expert psychiatre de s'être écarté sans autres développements du diagnostic d'état dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Par ailleurs et comme relevé par l'intimé, la péjoration de l'état de santé psychique du recourant, évoquée par la Dresse G_____ est postérieure à la décision litigieuse du 23 septembre 2020, de sorte qu'elle ne peut être prise en compte dans le cadre de la présente procédure (à cet égard ATF 144 V 210). Il en est de même des nouvelles affections somatiques, attestées par le rapport d'imagerie et ayant abouti, s'agissant de l'épaule droite du recourant, à l'intervention chirurgicale du 4 février 2021.

b/bb. Le recourant critique ensuite l'expertise du CEMEDEX d'une façon très générale, en reprochant aux experts des examens incomplets ou erronés, la non prise en considération des plaintes exprimées, une description des interférences médicales pas claire et des conclusions incohérentes, sans autre indication, ce qui ne permet pas à la chambre de céans de comprendre ce qui est précisément contesté dans le rapport d'expertise en cause.

b/cc. S'agissant d'une éventuelle problématique de consommation d'alcool, évoquée par le recourant, force est de constater qu'aucun médecin traitant n'en fait état, de sorte qu'il n'apparait pas nécessaire d'investiguer cette question.

b/dd. L'expert psychiatre a indiqué que le recourant ne travaillait plus depuis 2016 (expertise p. 6 point 3.1). Cette constatation n'entre toutefois pas en contradiction avec l'absence de reconnaissance d'une incapacité de travail du recourant, laquelle est évaluée sur la base des limitations fonctionnelles de celui-ci. Par ailleurs, l'imprécision de la part de l'expert rhumatologue (expertise p.12 point 3.1) dans le chapitre anamnèse professionnelle du recourant, consistant à retenir que le recourant a travaillé pendant deux ans comme plaquiste depuis 2015, tout en ayant subi une incapacité de travail totale en 2016, n'a pas de répercussion sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant du point de vue somatique. Il en est de même de la mention que le recourant n'a effectivement pas travaillé de 2006 à 2015, ce fait ne permettant pas, à lui seul, d'inférer une limitation de la capacité de travail du recourant.

b/ee. Enfin, les rapports de la Dresse E_____, peu motivés, attestant d'une incapacité de travail du recourant pour des motifs psychique et physique, ne sont pas à même de mettre en doute les conclusions de l'expertise du CEMEDEX, ce d'autant qu'ils ont été rendus antérieurement à cette dernière.

c. Au vu de ce qui précède, il convient de confirmer les conclusions, probantes, du rapport d'expertise du CEMEDEX et le degré d'invalidité du recourant de 10%, dont le calcul n'est pas contesté.

S'agissant de l'éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant, que l'intimé semble admettre, ce dernier peut déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé.

11. Partant le recours ne peut qu'être rejeté.

Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Julia BARRY	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