RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/362/2018 **ATAS/641/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 juin 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'Étude de Maître Yann ARNOLD — recourant

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE , Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1965 au Kosovo, s'est établi en Suisse en 1987. Il a débuté une activité de parqueteur indépendant en 1998 et a ensuite créé l'entreprise individuelle B_____, active dans le parquetage et le nettoyage, inscrite au registre du commerce le 29 novembre 2002. Il est père de trois enfants nés de son premier mariage en 1992, 1994 et 1997, et de trois enfants issus de sa seconde union nés en 2004, 2006 et 2014.

2. Dans un avis du 4 septembre 2004, le docteur C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a retenu une incapacité de travail due à la lésion du genou droit, qui rendait impossible le travail de parqueteur. Un reclassement professionnel était possible, mais l'aide de l'assurance-invalidité était indispensable car l'assuré n'avait pas de formation professionnelle. D'un point de vue médical, le pronostic était bon si l'assuré maigrissait et changeait d'activité professionnelle.

3. Le 20 septembre 2004, l'assuré a adressé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI ou l'intimé), motivée par des lésions du genou droit.

4. Le 31 octobre 2004, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a retenu que la capacité de travail de l'assuré dans son activité de parqueteur était nulle en raison d'affections du genou droit. L'assuré ne pouvait adopter des positions à genoux, accroupi, se baisser, travailler en hauteur ou sur une échelle, ni se déplacer sur sol irrégulier ou en pente. Il présentait également un état dépressif, sans incidence sur sa capacité de travail.

5. Le 5 septembre 2006, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une hernie discale depuis 2005.

6. Dans un rapport du 18 novembre 2005, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a décrit les lésions du genou de l'assuré, dont la capacité de travail était nulle depuis janvier 2003. Les limitations fonctionnelles étaient identiques à celles retenues par le Dr D_____. Une activité sédentaire était exigible à raison de 8 heures par jour.

7. Dans un rapport d'expertise du 18 mai 2006 réalisé à la demande de l'assurance d'indemnités journalières, le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué que l'assuré souffrait de lombosciatalgies gauches mécaniques chroniques depuis mai 2005. L'incapacité de travail était totale dans une activité de parqueteur. Selon l'expert, l'assuré n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle salariée, même plus légère. Toutefois, il existait un potentiel d'amélioration, qui devrait lui permettre d'exercer une activité plus légère ultérieurement.

8. Dans un avis du 20 septembre 2006, un médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), se référant aux indications des Drs D_____ et

E_____, a retenu que l'activité habituelle de parqueteur n'était plus exigible mais qu'une activité adaptée était exigible à 100 % sans diminution de rendement. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : activité sédentaire, alternance des positions, pas de position debout ou à genoux prolongée.

9. L'OAI a procédé à une enquête pour indépendants le 28 novembre 2007. L'assuré a exposé que depuis son atteinte à la santé, il avait engagé un ouvrier à l'heure pour les travaux de parqueteur. L'assuré était présent dans l'entreprise du lundi au vendredi de 8h à 12h et de 14h à 16h. Il remplissait les différentes soumissions, renseignait les clients et se déplaçait sur les chantiers une à deux fois par semaine. Il estimait son temps de travail productif à environ 40 %, variable en fonction du carnet de commandes. L'OAI a fondé le revenu sans invalidité sur les salaires statistiques dans les activités de la construction, dès lors que les bilans comptables de l'entreprise ne permettaient pas de l'établir de manière fiable. S'agissant du revenu d'invalide, l'OAI a tenu compte de celui que l'assuré avait effectivement réalisé. La méthode de comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 37 % en 2005 et de 9 % en 2006, insuffisant pour l'octroi d'une rente.

10. Par décision du 8 février 2008, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente, le degré d'invalidité de 9 % étant insuffisant pour ouvrir le droit à cette prestation.

11. L'entreprise individuelle de l'assuré a été radiée du registre du commerce en raison de la cessation de l'exploitation en septembre 2008.

12. Le 26 novembre 2008, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie, a noté que l'intensité des douleurs lombaires de l'assuré avait augmenté depuis six mois et s'accompagnait d'un syndrome lombaire plus évident. L'assuré souffrait d'une hernie discale L5-S1 à gauche, qui n'avait pas nécessité d'opération. Il était inapte à effectuer un travail physique.

13. Par arrêt du 4 juin 2009 (ATAS/730/2009), le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a considéré que les revenus de l'assuré avant et après invalidité ne pouvaient être établis de manière fiable, de sorte que l'OAI aurait dû évaluer le degré d'invalidité de l'assuré au moyen de la méthode extraordinaire. Il a partiellement admis le recours a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

14. Après avoir rassemblé les documents comptables de l'assuré, l'OAI, dans son rapport du 10 juin 2010, a procédé à la pondération des activités en fonction des déclarations de l'assuré, qu'il avait entendu le 10 mai précédent.

    Durant les années 2005 à 2007, après son atteinte à la santé, ce dernier avait réduit sa durée hebdomadaire de travail de 40 heures à 20 heures, dont 80 % étaient consacrés aux tâches de direction et d'administration.

    L'OAI a établi le degré d'invalidité selon la répartition suivante des champs d'activité.

Champ activité	Pondération sans handicap	Incapacité de travail	Pondération avec handicap	Incapacité de travail après réorganisation	Base des salaires selon ESS 2006	Revenu annuel sans handicap	Revenu exigible après réadaptation d'activité
Direction [1)]	10 %	0 %	40 %	0 %	CHF 5'566.-	CHF 6'679.-	CHF 26'717.-
Travaux de chantier [2)]	80 %	100 %	50 %	100 %	CHF 5'619.-	CHF 53'942.-	CHF 0.-
Rendez-vous de chantier [2)]	10 %	0 %	10 %	0 %	CHF 5'619.-	CHF 6'743.-	CHF 6'743.-
Total	100 %	80 %	100 %	50 %		CHF 67'364.-	CHF 33'460.-

1) Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2006 TA 7 chiffre 23 niveau 3
2) ESS 2006 TA 7 chiffre 11 niveau 3

Le revenu sans invalidité s'élevait ainsi à CHF 67'364.-, et le revenu d'invalide à CHF 33'460.-, ce qui aboutissait à un taux d'invalidité de 50 %.

L'OAI a souligné que le SMR ne s'était pas prononcé sur les conséquences de la hernie discale de l'assuré sur sa capacité de travail. Partant, il envisageait dans un premier temps de notifier à l'assuré un projet de décision lié à l'atteinte à la santé « primaire ». En ce qui concernait cette atteinte, l'OAI retenait une perte de gain de 50 % jusqu'à la date de la cessation de l'activité professionnelle de l'assuré en septembre 2008. En ce qui concernait la nouvelle atteinte à la santé, il conviendrait de réexaminer le revenu d'invalide une fois que le SMR se serait prononcé sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, eu égard à la nouvelle atteinte à la santé.

15. Dans un rapport reçu le 6 août 2010 par l'OAI, le Dr H_____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de hernie discale L5-S1 existant depuis environ 2005, et ceux sans incidence sur la capacité de travail d'insomnies, de fatigue, de céphalées et d'état dépressif. Le pronostic était réservé. L'incapacité de travail était de 100 % dès le 1er mai 2005 dans l'activité de parqueteur.

16. Le 8 août 2010, le Dr D_____ a adressé à l'OAI un rapport selon lequel l'état du genou droit de l'assuré était stationnaire depuis le 29 janvier 2009. L'assuré présentait des douleurs itératives avec épanchements récidivants. Un examen complémentaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail lui paraissait nécessaire.

17. À la demande de l'OAI, le Dr F_____ a procédé à une expertise de l'assuré. Dans son rapport du 9 mai 2011, il a souligné, s'agissant des plaintes, que l'assuré se disait triste, déprimé, et incapable de se projeter dans le futur. Il manifestait un intense sentiment d'injustice. À l'issue du status clinique, le Dr F_____ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches chroniques ; de gonalgies droites chroniques sur gonarthrose à prédominance fémoro-tibiale externe ; de suspicion d'état dépressif à confirmer par un expert psychiatre ; et de conflit sous-acromial de l'épaule droite. S'agissant du pronostic, la gonarthrose droite et la lombosciatique S1 gauche s'étaient chronicisées, sans amélioration par le traitement. En ce qui concernait la lombosciatique, il existait initialement une très bonne corrélation entre les plaintes

douloureuses et les examens d'imagerie, qui avaient mis en évidence une hernie discale L5-S1 gauche. Une indication neurochirurgicale, qui semblait tout à fait fondée, avait été refusée par l'assuré par deux fois. Progressivement, des troubles sensitifs persistants étaient apparus dans le territoire S1. S'agissant des gonalgies droites, la gonarthrose évidente à l'imagerie résistait aussi étonnamment au traitement. L'expert estimait qu'une expertise psychiatrique était impérative, car le retentissement des affections somatiques et la résistance aux différents traitements entrepris lui semblaient non explicables pour des raisons uniquement organiques. Sur le plan social, plusieurs éléments étaient défavorables : l'assuré s'était présenté comme une victime, avec une situation quasiment de révolte et un sentiment de dévalorisation lié à la perte de son statut d'indépendant. L'activité de parqueteur indépendant n'était plus exigible pour des raisons somatiques. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables dès ce jour, mais l'assuré était apparu tellement déprimé et pessimiste qu'il conviendrait qu'un psychiatre se prononce sur la possibilité de suivre de telles mesures. L'intervention neurochirurgicale proposée mériterait d'être à nouveau discutée avec un neurochirurgien, mais l'assuré y semblait toujours très hostile. Sur le plan purement somatique, l'assuré était en mesure d'exercer une profession en partie debout et en partie assis, autorisant des changements de position fréquents, ne nécessitant ni port de charge au-delà de 10 kg de façon répétée, ni déplacements à pied de façon prolongée au-delà de 400 ou 500 mètres, et sans positions en porte-à-faux du tronc. Un taux d'activité de 50 % sans diminution de rendement dans une activité adaptée paraissait être le maximum exigible au vu des douleurs persistantes.

18. À la demande du SMR, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a procédé à un examen de l'assuré le 31 août 2011, et rendu son rapport le 19 octobre 2011. Celui-ci n'avait aucun suivi psychiatrique et aucune plainte de cet ordre. Il décrivait deux ans auparavant une symptomatologie anxio-dépressive et une prise de somnifères pendant un à deux mois, en raison de troubles du sommeil. Il décrivait ainsi sa journée : le matin, il sortait faire une promenade et boire un café avec des amis. Après le repas de midi, il se reposait et regardait la télévision. Ensuite, en fonction de son état, il sortait seul ou accompagné de son épouse faire les courses, chercher les enfants à l'école et faire une promenade. Sa vie sociale était normale, il avait des amis. Il voyait régulièrement les membres de sa famille pendant les vacances. Une à deux fois par année, il allait au Kosovo. La psychiatre a signalé l'absence de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, et de ralentissement psychomoteur. L'humeur était euthymique. L'assuré ne présentait pas d'adynamie, d'anhédonie, de perte de l'élan vital, de diminution du plaisir, de ruminations, de sentiment de culpabilité, de dévalorisation ou de persécution. Il ne verbalisait pas d'idée suicidaire. Aucun signe floride de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure n'était objectivé. Il n'y avait pas d'angoisse persistante, pas d'attaque de panique, ni de symptômes en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée. À l'examen, aucune angoisse n'était objectivée. L'assuré avait des soucis pour sa situation financière. Il ne présentait

pas de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. La Dresse I_____ n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique. Il était possible que l'assuré ait développé une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle ou simplement une humeur dépressive, sans incidence sur sa capacité de travail et désormais en rémission complète. La capacité de travail était entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques.

19. Dans un avis du 21 novembre 2011, le docteur J_____, médecin au SMR, a conclu, sur la base des avis des experts, que le début de l'incapacité de travail durable remontait au 19 mars 2004. La capacité de travail était de 50 % depuis le 9 novembre 2005. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charge au-delà de 10 kg de manière répétée, les déplacements à pied de façon prolongée de plus de 400 à 500 m, et la position en porte-à-faux du tronc. Le début de la réadaptation était fixé au 9 novembre 2005.

20. Le 31 août 2012, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré. Sur la base de l'ESS 2008 (TA1, ligne Total, niveau 4), le revenu avec invalidité était de CHF 59'979.- à 100 %, et de CHF 25'491.- compte tenu de la capacité de travail de 50 % et d'une réduction de 15 % en raison des limitations fonctionnelles, du changement d'activité et du temps partiel. Le revenu avant l'atteinte à la santé était de CHF 68'086.- en 2006 et de CHF 70'723.- une fois indexé. La perte de gain de CHF 45'232.- correspondait à un degré d'invalidité de 63.96 %.

21. Le 4 décembre 2012, la doctoresse K_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a adressé un rapport à l'OAI, signalant une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Le diagnostic était celui d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F 32.2).

22. La Dresse K_____ a fait parvenir un rapport établi le 15 juin 2013 à l'OAI. Le diagnostic avec effet sur la capacité de travail était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F 33.2 – F 33.3), depuis plusieurs années. L'assuré présentait en outre depuis toujours des traits de personnalité narcissique, sans incidence sur sa capacité de travail. Le trouble dépressif était consécutif à la perte de son entreprise. L'assuré présentait des troubles du sommeil, une perte de la vision d'avenir, un sentiment d'injustice, une colère contre le système, une idée de complot. Il manifestait de l'abattement, un désespoir exacerbé par les douleurs, et des idées noires hétéro-agressives. Le pronostic était mauvais. L'assuré avait cessé son traitement médicamenteux car il était sans effet selon lui. Sa capacité de travail était nulle et ne pouvait être améliorée par des mesures médicales sur le plan psychiatrique. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées. La Dresse K_____ recommandait de faire réévaluer l'assuré.

23. Par courrier du 7 août 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'une expertise médicale pluridisciplinaire allait être mise en place, le choix des experts se faisant de manière

aléatoire. Le projet de mission d'expertise lui a été soumis, et un délai lui a été fixé pour proposer des questions complémentaires aux experts.

24. Le 3 février 2015, l'OAI a informé l'assuré que l'expertise serait réalisée par le CEMed, soit par les docteurs L_____, spécialiste FMH en médecine générale, M_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et N_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

25. Une IRM rachidienne réalisée le 10 mars 2015 a révélé au niveau cervical une dégénérescence à trois étages prédominant en C6-C7, où il existait un débord discal foraminal droit pouvant créer une contrainte sur la racine ; au niveau lombaire des contraintes en L5-S1 avec des signes intersomatiques de type Modic III du côté droit et une hernie discale foraminale et extra-foraminale gauche ; et une arthrose interfacettaire gauche à l'étage L4-L5.

26. Les experts ont établi leur rapport le 22 mai 2015. Ils ont précisé que le dossier avait été analysé et résumé par un médecin ne participant pas aux examens, et soumis en dernière relecture à un médecin n'ayant pas examiné l'assuré, afin de juger de la clarté du texte et de la pertinence des conclusions.

    À la suite du résumé du dossier, ils ont relaté les plaintes de l'assuré. Ce dernier signalait des douleurs lombaires basses, des douleurs du genou droit et des cervicalgies apparues deux ans plus tôt. Il se disait désespéré par cette situation, qui avait eu pour conséquence l'arrêt de son activité professionnelle. Il décrivait un enfermement sur lui-même, une insomnie, une culpabilité liée au manque de moyens pour faire vivre correctement sa famille, une vision pessimiste de l'avenir. Il se sentait triste et déprimé. Il disait ne plus pouvoir ressentir du plaisir. Lorsqu'il évoquait son dernier fils de 10 mois, il souriait. Il mentionnait des idées noires, dont il ne pouvait préciser le contenu. Il n'exprimait pas d'idées suicidaires. Il signalait des difficultés pour se concentrer, et des difficultés de mémoire. Il se sentait stressé. Au quotidien, il faisait partir ses deux aînés à l'école. Il mentionnait une difficulté à s'occuper de son cadet. Par la suite, il sortait seul ou avec son épouse faire les courses ou marcher. Il n'avait absolument aucune activité ménagère. Il regardait l'actualité, lisait des journaux, des romans ou des livres à thème, mais devait s'interrompre après 10 pages. Il regardait la télévision le soir et aimait regarder le foot, le ski et le tennis. Il se rendait au Kosovo au moins une fois par an, en voiture ou en avion. L'ambiance familiale était chaleureuse. Il n'avait plus d'amis de longue date, mais entretenait des contacts épisodiques avec sa fratrie à Genève et s'appuyait essentiellement sur son épouse. Il était parti une année et demie plus tôt à Ovronnaz en vacances en famille. Il gérait les tâches administratives, bien qu'il se décharge beaucoup sur l'assistante sociale de l'Hospice général. La famille avait un aquarium, dont il s'occupait régulièrement avec son épouse. Il avait récemment élaboré une pétition pour les habitants de son immeuble en raison des problèmes causés par un voisin, qu'il avait adressée à la gérance.

Les experts ont relaté leurs constatations cliniques. Au plan rhumatologique, la Dresse N_____ a notamment rapporté la présence de trois signes de non-organicité de Waddell. Du point de vue psychique, l'assuré était un peu en retrait, prostré. Il retenait une larme à trois ou quatre reprises. Il souriait de manière retenue mais ne plaisantait pas. Il exprimait de l'anxiété mais pas d'angoisse. L'attitude était peu coopérante. L'assuré semblait sur la défensive mais ni réticent, ni hostile. Il n'y avait ni agitation psychomotrice, ni ralentissement psychomoteur. Il n'avait pas manifesté de déficit attentionnel durant l'entretien de deux heures, et aucun trouble mnésique n'était constaté. Il avait insisté à plusieurs reprises sur le caractère envahissant et invalidant de sa douleur. L'humeur était anxieuse (intensité moyenne) et dépressive (intensité faible).

Les experts ont pris connaissance des documents radiologiques, dont l'IRM du 10 mars 2015, avant de conclure qu'il n'y avait pas d'affection de médecine interne influant sur la capacité de travail. Au plan rhumatologique, l'examen montrait des phénomènes d'autolimitation clairs, et l'examen radiologique ne révélait que des discopathies étagées sans phénomène compressif au niveau du canal lombaire ou des racines nerveuses. Au genou droit, il existait des épanchements à répétition, avec une gonarthrose débutante. À l'examen, il y avait un petit épanchement mais pas de nette restriction de la mobilité ni d'instabilité. La radiographie récente était très rassurante, le modelé arthrosique étant minime. Des cervicalgies étaient apparues ces deux dernières années, vraisemblablement en relation avec un contexte anxio-dépressif sous-jacent. Les douleurs irradiaient au niveau scapulaire et de l'épaule gauche, avec des phénomènes d'autolimitation de la mobilité de l'épaule gauche qui ne correspondaient pas à une atteinte somatique claire, certaines activités étant possibles et d'autres pas, sans logique. En résumé, la seule problématique était celle du genou droit, et on ne pouvait exclure qu'une synovite chronique motivant des infiltrations occasionnelles s'ajoute au tableau d'arthrose débutante. S'agissant des lombalgies chroniques et des cervico-scapulalgies, il y avait de toute évidence une majoration des symptômes cliniques et très peu de signes radiologiques. Ces deux atteintes n'étaient ainsi pas incapacitantes, même dans l'activité de parqueteur. En revanche, l'affection au genou contre-indiquait le retour à cette profession. Dans une profession moins astreignante, sans position accroupie ou agenouillée et sans port de charges au-delà de 10 kg, la capacité de travail était complète. Au plan psychique, l'anamnèse et l'examen clinique avaient permis d'objectiver des traits de personnalité narcissique (T 60.8). La description des activités quotidiennes était congruente avec les plaintes. Les limitations étaient fortement liées au contexte social. L'examen psychiatrique révélait une humeur déprimée et anxieuse, sans troubles cognitifs. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) devait être retenu. Ce trouble n'était pas associé à une perte de l'intégrité sociale dans nombre d'activités quotidiennes. Il n'y avait pas d'atteinte somatique chronique ni d'état psychique cristallisé. En l'absence d'autre pathologie psychiatrique sévère, ce trouble n'était pas invalidant. Le tableau clinique était compatible avec un diagnostic d'épisode dépressif léger

avec syndrome somatique (F 32.01) et n'était pas incapacitant. Du point de vue psychique, la capacité de travail était complète, sans diminution de rendement ni limitation. Compte tenu de la longue période d'inactivité, un *coaching* était indiqué pour aider l'assuré dans sa reprise d'activité, mais les mesures de réadaptation risquaient d'être difficiles au vu de l'état douloureux chronique.

Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient une gonarthrose droite modérée du compartiment fémoro-tibial interne et une synovite chronique du genou droit depuis 2002. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient des traits de personnalité narcissique (T 60.8), un épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F 32.01), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), des lombalgies communes sur discopathie modérée étagée depuis plus de 15 ans, des cervico-scapulalgies gauches sur discarthrose étagée depuis deux ans environ, une intolérance au gluten (anamnestique) et un ulcère gastrique (anamnestique). On pouvait admettre que l'incapacité de travail dans l'activité de parqueteur remontait à 2005 selon l'anamnèse.

27. Par courrier du 29 juin 2015, le Dr D_____ a indiqué à l'OAI que la gonarthrose s'était nettement dégradée, justifiant à moyen terme la mise en place d'une prothèse. Il considérait que l'assuré était définitivement inapte au travail qu'il exerçait au préalable.

28. Invité par l'OAI à analyser la capacité de travail de l'assuré au plan psychique en fonction des nouveaux indicateurs développés par la jurisprudence, le Dr M_____ a répondu par courrier du 20 août 2015, en rappelant les conclusions de l'experte rhumatologue. Il a précisé que des comportements douloureux avaient été observés avec une majoration des symptômes durant les examens des experts. L'analyse des activités quotidiennes et de l'environnement social n'objectivait pas de limitations affectant le quotidien de façon conséquente. Des traits de personnalité narcissique étaient présents, sans organisation pathologique de la personnalité. Un diagnostic d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique était retenu mais non incapacitant, de même qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. On ne trouvait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte de l'intégration sociale, pas d'échec des traitements ambulatoires. L'assuré avait grandi dans un milieu familial harmonieux, il n'avait pas vécu de manque, ni de traumatisme, ni de maltraitance, il avait réussi à émigrer. L'ensemble de ces éléments allait dans le sens de bonnes ressources personnelles. La capacité de travail complète dans une activité adaptée restait d'actualité à l'aune des nouveaux critères jurisprudentiels.

29. Par courrier du 2 décembre 2015, la Dresse K_____ a rappelé le diagnostic d'état dépressif sévère, en lien avec de nombreuses pathologies somatiques. L'assuré avait dû cesser toute activité, et cette psychiatre s'étonnait de la lenteur inhabituelle de la procédure.

Elle a joint un certificat du 28 novembre 2015 du Dr H_____, aux termes duquel l'assuré souffrait d'une hernie discale L5-S1 à gauche et d'une hernie cervicale mise en évidence en mai 2015. Il était également dépressif et très fatigué, et inapte à un travail physique selon ce médecin.

30. Dans un avis du 27 janvier 2016, le docteur O_____, médecin au SMR, a considéré que les derniers documents médicaux produits par les médecins traitants n'apportaient aucun élément objectif nouveau. L'avis du SMR du 1er octobre 2015 restait d'actualité.

31. Le 10 février 2016, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré. Pour le revenu après invalidité, il s'est référé au revenu selon l'ESS 2006 (TA1, ligne Total), soit CHF 59'272.- une fois adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures et indexé à 2015, et CHF 53'345.- après abattement de 10 % au vu des travaux légers seuls possibles et des limitations fonctionnelles. Le revenu sans atteinte à la santé était de CHF 67'364.-, conformément à l'enquête économique. La comparaison de ces revenus aboutissait à un taux d'invalidité de 20.8 %.

32. Le 14 mars 2016, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, reprenant son calcul d'invalidité du 10 février 2016, lequel résultait en un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

33. Par courrier du 18 avril 2016, l'assuré, par la plume de son conseil, s'est plaint de la lenteur inadmissible de la procédure. Le projet de décision était intégralement contesté, dès lors qu'il ne se conformait pas aux considérants de l'arrêt de renvoi, dont l'OAI ne pouvait s'écarter. Ce dernier avait en effet appliqué la méthode générale de comparaison des revenus pour déterminer le taux d'invalidité. Ainsi, les montants retenus avec et sans invalidité et le taux d'invalidité de 21 % étaient inexacts. En outre, c'était l'année 2005 qui devait être prise en compte, et non 2006. L'assuré rejetait les conclusions du SMR sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il n'avait ni diplôme, ni formation professionnelle, et l'OAI n'indiquait pas quelle était cette activité. Ce dernier avait en outre totalement occulté le rapport du Dr F_____ du 9 mai 2011, ceux de la Dresse K_____ des 4 décembre 2012 et du 15 juin 2013, et le rapport d'IRM rachidienne du 11 mars 2015, concluant à une hernie cervicale qui l'empêchait de tourner la tête sur la gauche. Le projet de décision ne tenait pas non plus compte de la détermination du degré d'invalidité du 31 août 2012, qui concluait à un degré d'invalidité de 63.96 %. L'OAI devait admettre une incapacité totale de travail.

34. Le 18 mai 2017, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré. Pour le revenu après invalidité, il s'est référé au revenu selon l'ESS 2008 (TA1, ligne Total), soit CHF 59'979.- après adaptation à la durée normale de travail de 41.7 heures en 2015, et CHF 53'981.- après abattement de 10 % au vu des seuls travaux légers et des limitations fonctionnelles. Le revenu sans atteinte à la santé était de CHF 70'746.-, conformément à l'enquête économique. La comparaison de ces revenus aboutissait à un taux d'invalidité de 23.7 %.

35. Après avoir relancé l'OAI à plusieurs reprises, l'assuré a interjeté un recours pour déni de justice en date du 29 mai 2017 auprès de la chambre de céans, laquelle l'a admis par arrêt du 18 décembre 2017 (ATAS/1147/2017).

36. Par décision du 14 décembre 2017, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1er mars 2005 au 30 novembre 2008, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %.

    L'assuré ayant exercé une activité indépendante jusqu'en septembre 2008, l'OAI avait déterminé le taux d'invalidité selon la méthode extraordinaire de calcul jusqu'à cette date. Pour cette période, la perte économique était de 50 % par rapport au revenu sans invalidité, évalué à CHF 67'364.- en 2005. S'agissant de la période courant dès octobre 2008, l'expertise avait conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de parqueteur, mais complète depuis toujours dans une activité adaptée. La comparaison entre le revenu dans l'ancienne activité, soit CHF 70'746.-, et le revenu statistique dans une activité adaptée, soit CHF 53'981.- après réduction de 10 %, révélait une perte de gain de 24 %. Compte tenu du manque de motivation de l'assuré, démontré lors de l'entretien avec le service de réadaptation, et du fait qu'il n'était pas dans une dynamique de reprise d'activité, la condition d'aptitude subjective à l'octroi de mesures professionnelles n'était pas remplie. De telles mesures étaient en effet vouées à l'échec. De plus, il existait un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées pour qu'un certain nombre d'entre elles soit immédiatement accessible à l'assuré.

37. Par mémoire du 30 janvier 2018, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'intimé. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter son recours et produire de nouvelles pièces, à son audition, à l'audition des Drs K_____ et D_____, à ce qu'une expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique soit ordonnée, sur le fond à l'annulation de la décision de l'intimé, et à ce qu'il soit dit qu'il présentait une incapacité de travail complète, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il procède dans le sens des considérants.

    Les avis divergents des Dresses K_____ et I_____ soulevaient des interrogations sur la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire. De plus, la décision querellée se fondait sur l'expertise du CEMed, non conforme aux exigences développées par la jurisprudence et désormais applicables en matière de troubles somatoformes douloureux, en dépit du complément d'expertise. Ce dernier émanait en effet d'un seul des experts et était beaucoup trop bref pour avoir valeur probante. L'intimé n'avait pas vérifié le contrôle des indicateurs standards. Ainsi, la cause n'était pas suffisamment instruite. En outre, le rapport des experts avait été analysé et résumé par un médecin tiers, dont on ignorait l'identité et les qualifications, ce qui empêchait le recourant d'exercer son droit d'être entendu et de s'assurer de l'absence de motifs de récusation. S'agissant de l'utilité de l'intervention de ce médecin tiers, le recourant a soutenu que soit les experts prenaient attentivement connaissance du dossier, et un résumé du dossier par un médecin non mandaté était

alors inutile, soit les experts n'avaient pas étudié en profondeur le dossier médical du recourant. On ignorait également tout de l'expert ayant analysé la clarté du texte et la pertinence des conclusions. On ne savait pas combien de temps avaient duré les entretiens d'expertise. Les experts n'exposaient pas pourquoi ils s'écartaient de l'avis de la Dresse K_____, qu'il fallait privilégier. Ainsi se justifiait-t-il d'ordonner une expertise judiciaire. Il y avait lieu de retenir une incapacité de travail totale dans toute activité en raison de l'atteinte psychiatrique. Il fallait procéder à la vérification des indicateurs standards en matière de troubles somatoformes douloureux, notamment l'existence d'une douleur persistante et de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie. Le recourant a contesté la majoration des symptômes signalée, qu'aucun élément ne permettait de confirmer. En outre, il avait toujours demandé des soins, et les experts avaient relevé qu'il était à la limite des larmes à plusieurs reprises. Au vu des plaintes, il convenait d'admettre un haut degré de gravité fonctionnelle. L'évolution du syndrome était rendue plausible, notamment par l'anamnèse. Le recourant suivait régulièrement les traitements proposés, qui n'avaient amené aucun bénéfice en dépit de sa compliance. Il ne sortait presque plus de chez lui, il s'était replié sur lui-même et son épouse était sa seule ressource. Il avait perdu ses amis de longue date et avait un sentiment de dévalorisation important, que les experts n'avaient pas discuté. Les critères pour admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux étaient remplis. On ne comprenait pas comment la capacité de travail dans une activité adaptée était passée de 50 % à 100 % en l'absence d'amélioration. Cette appréciation était en complète contradiction avec celle du Dr F_____, ce dont les experts ne s'expliquaient pas. L'intimé ne retenait aucune activité adaptée concrète. Or, le recourant était âgé de 53 ans et était éloigné du marché de l'emploi depuis 10 ans. Il n'avait pas été confronté aux rapports hiérarchiques depuis 20 ans. L'existence de traits narcissiques rendait illusoire sa réintégration sur le marché du travail en tant qu'employé. Le SMR considérait que l'activité adaptée ne pouvait inclure de travaux physiques, alors qu'il s'agissait des seules activités exercées jusque-là par le recourant. Ses limitations fonctionnelles restreignaient sérieusement son accès au marché du travail. Un changement d'activité ne pouvait s'opérer sans mesures de réadaptation, mais son état empêchait de telles mesures. Ainsi, un changement d'activité n'était pas envisageable. Le calcul de l'intimé ne tenait que partiellement compte de l'arrêt de renvoi du Tribunal du 4 juin 2009, dès lors qu'il ne mentionnait pas les empêchements dans les différentes activités exercées avec et sans invalidité. Pour cette raison déjà, la décision querellée ne pouvait être suivie. Le recourant considérait pouvoir bénéficier d'une rente complète dès le 1er mars 2005.

38. Par décision du 16 janvier 2018, le Vice-président du Tribunal civil a octroyé l'assistance juridique au recourant.

39. Dans sa réponse du 28 février 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que l'expertise du CEMed était conforme aux exigences en matière de

valeur probante de rapports médicaux. Selon cette expertise et son complément, le trouble somatoforme douloureux n'était pas incapacitant à la lumière des nouveaux indicateurs. La seule atteinte ayant une incidence sur la capacité de travail était la gonarthrose droite. S'agissant d'éventuelles mesures professionnelles, le recourant avait indiqué qu'il ne souhaitait pas en bénéficier car il s'estimait en incapacité totale de travail. Au vu des limitations fonctionnelles retenues, il pouvait notamment exercer sans restriction une activité sédentaire dans la surveillance, le contrôle, et dans l'industrie légère, notamment à l'établi. Quant au calcul du taux d'invalidité selon la méthode extraordinaire, le rapport de l'intimé du 10 juin 2010 indiquait clairement les incapacités de travail correspondant à chacun des champs d'activité.

40. Dans sa réplique du 27 mars 2018, le recourant a répété que l'expertise du CEMed ne pouvait se voir reconnaître de valeur probante, notamment en relation avec la durée de l'entretien avec les experts, critère pertinent compte tenu de sa situation complexe. Le rapport du CEMed du 20 août 2015 n'était pas une détermination suffisante au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le recourant a répété ses griefs quant à son droit d'être entendu en lien avec l'identité des médecins ayant analysé et résumé le dossier médical, et ayant relu le document final. Il a affirmé que son trouble somatoforme douloureux était invalidant. Son état dépressif s'étendait sur plusieurs années et n'avait pas été pris en compte. Les douleurs intenses et les traitements suivis plaidaient pour l'absence de motifs d'exclusion. S'agissant des ressources personnelles, l'intimé omettait de retenir les difficultés du recourant à s'occuper de son plus jeune enfant et à lire au-delà de 10 pages. Quant à sa vie sociale, il n'avait plus d'ami de longue date et des contacts uniquement épisodiques avec sa fratrie. Par ailleurs, l'anamnèse ne mentionnait aucune activité partagée avec ses enfants. S'agissant du calcul selon la méthode extraordinaire, le recourant contestait les pondérations des activités avec handicap, dès lors qu'il était illusoire qu'une petite entreprise puisse fonctionner de manière rentable avec une telle répartition des tâches. Par ailleurs, ce n'était qu'en l'absence de données précises que l'assurance-invalidité pouvait se fonder sur les salaires statistiques. Le bénéfice net de l'activité d'indépendant de CHF 62'249.- en 2006 excédait le revenu fondé sur les ESS. Dans l'hypothèse où l'on se fonderait sur les données retenues, la formule applicable selon la méthode extraordinaire conduisait à un taux d'invalidité de 80.07 %, ouvrant un droit à une rente entière, compte tenu d'un revenu après invalidité de CHF 5'566.- correspondant aux tâches de direction exercées à 10 % et de CHF 5'619.- correspondant aux rendez-vous de chantiers, lesquels représentaient également 10 % du temps de travail.

Par ailleurs, l'intimé ne décrivait que de manière abstraite les activités adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant. De plus, l'expertise du CEMed ne se prononçait que théoriquement sur l'exigibilité d'une activité adaptée. Le cas du recourant était comparable à des situations dans lesquelles le Tribunal fédéral avait admis qu'une reconversion était illusoire, au vu de l'éloignement du marché du

travail depuis une décennie, de l'absence de confrontation aux rapports hiérarchiques depuis vingt ans, de l'existence de traits narcissiques et du fait que le recourant n'avait pas connu de changement d'activité.

41. Par courrier du 30 avril 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a produit une attestation de la Dresse K_____ du 22 mars 2018 ainsi qu'un courrier du Dr D_____ du 29 mars 2018.

    Dans le document joint, la Dresse K_____ a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, et un trouble anxieux généralisé. Le recourant présentait une irritabilité avec idées noires, une perte de confiance, un évitement social et une tristesse avec labilité de l'humeur et colère, perte de motivation, et perturbation des relations interpersonnelles. Une expertise était nécessaire.

    Le Dr D_____ ne relevait pas de péjoration significative depuis 2015 s'agissant du genou. La capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité. Compte tenu des problèmes psychiatrique et lombaire, pour lesquels il renvoyait à l'avis des autres médecins, il pensait que le recourant était inapte à pratiquer une quelconque activité professionnelle.

42. La chambre de céans a entendu les parties le 16 septembre 2019.

    Le recourant a exposé qu'il ne travaillait pas depuis la fermeture de son entreprise en 2008, car il ne s'en sentait pas capable eu égard à son état de santé. Il a décrit son suivi médical. Il avait également mal à la cheville gauche et un kyste au genou gauche avait été découvert deux ans auparavant. Il avait parfois mal à l'épaule, et le Dr D_____ pratiquait alors des infiltrations. Ce dernier s'occupait de ses problèmes de genou et le suivait également pour ses problèmes dorsaux. Il se sentait mal par rapport au fait qu'il ne pouvait pas travailler. Lorsqu'il avait quitté le Kosovo en 1988, il était étudiant en chimie et s'attendait à trouver un travail et une vie meilleurs en Suisse. Il avait créé son entreprise en 1996 en partant pratiquement de rien. Dans son entreprise, il occupait entre deux et cinq ouvriers en fonction des contrats obtenus. Il sous-traitait à d'autres entreprises des travaux de chapes. Il vivait très mal le fait de devoir sans cesse solliciter l'Hospice général et se sentait humilié.

43. Interpellé par la chambre de céans sur l'identité des médecins ayant participé à la rédaction du rapport d'expertise, le CEMed a précisé par courrier du 9 janvier 2020 que le docteur P_____, spécialiste en médecine physique et de réadaptation, avait préparé le dossier. Les experts avaient néanmoins pris connaissance de l'intégralité du dossier avant de procéder à leurs examens. Le rôle du préparateur consistait à répertorier les pièces du dossier et à les citer en en donnant un aperçu succinct, sans élaboration ni interprétation. L'expertise avait ensuite été relue par le docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et directeur du CEMed, lequel avait exclusivement vérifié la cohérence du texte final. Le relecteur n'était en effet pas habilité à modifier l'avis et les décisions des experts.

44. Invité par la chambre de céans à faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre des Drs P_____ et Q_____, le recourant a indiqué le 24 janvier 2020 ne pas en avoir. Il considérait néanmoins que le rapport du CEMed n'avait pas valeur probante et qu'une expertise judiciaire pluridisciplinaire devait être ordonnée. Il persistait ainsi dans ses conclusions. Il a repris ses critiques quant au recours à un médecin tiers pour résumer le dossier, et a souligné que le CEMed n'expliquait pas si le Dr Q_____, relecteur, avait suggéré des modifications et si celles-ci avaient été suivies. Ce point était pertinent pour connaître la première version du rapport et cerner, le cas échéant, les raisons qui auraient pu conduire le Dr Q_____ à juger telle ou telle conclusion non pertinente. Le CEMed devait être invité à produire tout document et toute explication à ce sujet. Le complément d'expertise, établi uniquement par le Dr M_____, ne suivait pas la même méthodologie que le rapport initial et n'avait pas été relu par le Dr Q_____. En outre, le rapport du CEMed ne mentionnait pas certaines pièces, dont notamment les auditions du recourant, les différents rapports d'enquête et certains rapports médicaux.

45. Dans sa duplique du 19 octobre 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il s'est déterminé au sujet des griefs du recourant quant à la méthode extraordinaire. Il a répété que la répartition des activités avant et après atteinte à la santé avait été établie en fonction des déclarations du recourant. Le revenu de l'activité indépendante n'avait pas pu être déterminé sur la base des résultats d'exploitation de l'entreprise, car ceux-ci étaient influencés par des éléments étrangers à l'invalidité et fluctuants, raison pour laquelle l'intimé s'était fondé sur les revenus statistiques. Pour le surplus, l'intimé s'est référé à un avis du 19 octobre 2020 du SMR relatif aux nouveaux documents médicaux produits par le recourant.

    Dans cet avis, la doctoresse R_____ a relevé que le Dr D_____ ne retenait pas d'aggravation de la pathologie du genou droit. Quant au rapport de la Dresse K_____, cette psychiatre avait retenu un trouble dépressif sévère en 2015 déjà, alors que l'expert du CEMed ne retenait qu'un épisode dépressif d'intensité légère, en se basant sur les éléments objectifs du status psychiatrique, sur la description de ses activités quotidiennes, et sur des symptômes anxieux d'intensité moyenne. La description de la symptomatologie psychiatrique du recourant ne permettait pas de retenir une aggravation de son état de santé sur ce plan. Ainsi, il n'y avait pas d'argument objectif pour une aggravation de l'état de santé par rapport à 2015, de sorte que les précédentes appréciations du SMR restaient valables.

46. Par écriture du 12 novembre 2020, le recourant a fait parvenir à la chambre de céans une attestation du Dr D_____ du 9 novembre 2020, qui confirmait une aggravation de son état de santé. Il a répété qu'une expertise devait être ordonnée, en reprenant plusieurs griefs déjà formulés à l'encontre de l'expertise du CEMed.

    Dans le certificat joint, le Dr D_____ a rappelé que le recourant était suivi notamment pour des dorso-lombalgies chroniques par son médecin traitant, ainsi que pour des gonalgies bilatérales invalidantes, des douleurs récidivantes aux

épaules ainsi que douleurs cervicales sur une hernie discale. Ces pathologies ne répondaient à aucun traitement. Compte tenu de la progression des symptômes ces dernières années, le recourant était selon ce spécialiste en incapacité de travail totale et devrait bénéficier d'une rente.

47. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé le 16 novembre 2020.

48. À la même date, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

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. En l'espèce, la demande de prestations remonte au 20 septembre 2004.

   La LPGA, entrée en vigueur au 1er janvier 2003, est applicable.

   Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

   Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1, ATF 127 V 467 consid. 1).

   En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions selon leur teneur pendant les différentes périodes en cause (ATF 130 V 445 consid. 1; voir également ATF 130 V 329).

3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.

4. Le litige, tel que circonscrit par les conclusions du recours, porte uniquement sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, à l'exclusion du droit à des mesures d'ordre professionnel.

5. Selon l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré avait droit à une rente s'il était invalide à 40 % au moins. La rente était échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins, un quart ; 50 % au moins, une demie ; 60 % au moins, trois-quarts ; 70 % au moins, rente entière.

Ces seuils sont désormais repris à l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2008.

L'art. 29 al. 1 aLAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 prévoyait que le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prenait naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présentait une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) (let. a) ou à partir de laquelle il avait présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (let. b).

6. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 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. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. 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. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 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 convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

8. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence avait dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'en 2015, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état (ATF 132 V 65 consid. 5.1).

9. Dans un arrêt de principe rendu en 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Désormais, 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 de mettre en regard les facteurs

extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères ressortant de la jurisprudence précitée, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. 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. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple ses loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa

capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 *in fine*).

10. En principe, une nouvelle jurisprudence doit s'appliquer immédiatement aux affaires pendantes au moment où elle est adoptée (ATF 135 II 78 consid. 3.2). Cela étant les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8).

11. Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

    Les principes posés par la jurisprudence en relation avec l'art. 44 LPGA, tant sous l'angle des droits de participation de l'assuré que des exigences en matière de substitution de l'expert mandaté et de l'obligation de communiquer le nom des médecins mandatés préalablement à l'expertise, respectivement le droit de l'assuré de connaître ce nom, concerne la personne qui est chargée par l'assurance-invalidité d'effectuer l'expertise. Cette obligation ne s'étend pas au nom du tiers qui assiste l'expert pour des activités annexes ne faisant pas partie des tâches fondamentales d'expertise. On ne saurait en revanche considérer comme un simple auxiliaire

accomplissant une tâche secondaire le médecin chargé par l'expert d'établir l'anamnèse de base de la personne soumise à l'expertise, d'analyser et de résumer le dossier médical ou de relire le rapport pour vérifier la pertinence de ses conclusions. L'activité intellectuelle déployée par le médecin dans ces situations peut en effet avoir une influence sur le résultat de l'expertise. Par exemple, la démarche consistant à établir le résumé du dossier médical implique une analyse comprenant déjà une certaine marge d'interprétation. Même si le résumé ne doit contenir que des extraits des pièces du dossier, il repose sur une sélection des dates, informations et données qui sont considérées comme déterminantes pour son auteur. Une telle sélection contribue au résultat de l'expertise. Les tâches d'analyse et de relecture du dossier ne peuvent pas non plus être considérées comme secondaires, puisque les médecins intervenant à ce titre contribuent au résultat de l'expertise. En conséquence, leur nom doit être communiqué au préalable à l'assuré, conformément à l'art. 44 LPGA, et le non-respect de cette exigence constitue une violation de ses droits de participation et d'être entendu. Le Tribunal fédéral a cependant considéré que lorsque, comme en l'espèce, les experts en charge d'examiner un assuré ont conjointement établi le rapport après qu'ils en ont discuté à la suite de leur lecture du dossier et de leur examen et ont vérifié la conformité du résumé aux pièces du dossier à leur disposition, le fait que l'assuré n'ait pas eu connaissance du nom des médecins intervenus que de manière ponctuelle dans le cadre de l'expertise ne constitue pas une violation si grave de ses droits de participation ou d'être entendu qu'elle ne serait pas susceptible de réparation. À cette fin, il convient de placer l'assuré dans la situation dans laquelle il peut reconnaître s'il entend ou non soulever un motif de récusation à l'encontre du ou des médecins auxiliaires impliqués (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3, 4.3.2 et 4.4).

12. a. Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues, soit la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28*a* al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA), la méthode spécifique (art. 28*a* al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI – RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA), ou la méthode mixte (art. 28*a* al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28*a* al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 3.2).

b/aa. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (cf. art. 16 LPGA). La comparaison des revenus

s’effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l’un à l’autre, la différence permettant de calculer le taux d’invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). 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 consid. 4.2).

b/bb. Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l’intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s’il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 sa santé, en tenant compte de l’évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). 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 des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3).

b/cc. Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l’ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d’autorisation de séjour et taux d’occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

c. La méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité doit être appliquée lorsqu'il n'est pas possible d'établir ou d'évaluer de manière fiable les revenus avec et sans invalidité. En s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 28a al. 2 LAI, en relation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA), il s'agit de procéder à une

comparaison des champs d'activité médicalement exigibles et d'évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (arrêt du Tribunal fédéral 9C_283/2018 du 7 décembre 2018 consid. 4.2.1 et les références).

Conformément à la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_820/2008 du 14 octobre 2009 consid. 4.4), il convient d'utiliser la formule suivante dans le cadre de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité:

$$\frac{T1 \times B1 \times s1 + T2 \times B2 \times s2}{T1 \times s1 + T2 \times s2} = \text{taux d'invalidité}$$

T correspond à la part consacrée à chacun des deux champs d'activité de travail en cause par rapport au temps total (T1 + T2 = 100 %) en pour cent, B à l'empêchement dans chacune des activités et s au revenu pour l'activité correspondante.

Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité selon la méthode extraordinaire, les revenus peuvent être fixés en référence à l'ESS en l'absence de données plus précises (cf. par exemple arrêt du Tribunal fédéral 9C_731/2007 du 20 août 2008 consid. 5.2).

13. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité. Ainsi, un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.2). Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'il prenne toutes les mesures qu'une personne raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers. Parmi les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance, mais doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits

fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un cas particulier ne peut être tranchée de façon définitive. Cela étant, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.2.4)

Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé. Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances objectives et subjectives du cas concret, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2.4 et les références).

14. En l'espèce, il convient en premier lieu de se déterminer sur les griefs du recourant quant à l'intervention des Drs P_____ et Q_____ dans l'établissement de l'expertise du CEMed.

Le concours de ces médecins s'inscrit dans la même constellation que celle qui a donné lieu à l'arrêt de principe du Tribunal fédéral précité. Interpellé sur d'éventuels motifs de récusation à l'encontre de ces médecins, le recourant n'en a pas fait valoir. Partant, conformément à la jurisprudence, on ne saurait conclure à une violation des droits de participation du recourant telle qu'elle justifierait d'écarter d'emblée le rapport établi par les médecins du CEMed.

Quant aux interrogations que soulève le recourant en lien avec la nécessité pour des médecins tiers de collaborer à la rédaction d'une expertise, il est vrai qu'on peine à cerner l'opportunité de ces interventions, dès lors que les experts prennent également connaissance du dossier entier et que le relecteur ne peut modifier les conclusions, selon la pratique décrite par le CEMed. Cela étant, il faut rappeler que l'expert jouit d'une large autonomie dans la manière de conduire son expertise, s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer (arrêt du Tribunal fédéral 9C_812/2014 du 16 février 2015 consid. 4.1), de sorte que le juge n'est pas fondé à exclure la participation de médecins tiers dans l'établissement d'un rapport d'expertise – sous réserve du

respect des droits de l'assuré en matière de participation et du cadre du mandat d'expertise.

15. Sur le fond, le recourant allègue que l'expertise doit être écartée, au motif que les indicateurs pour évaluer le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux se sont modifiés depuis son établissement. Or, comme on l'a vu, le Tribunal fédéral n'exclut pas toute valeur probante à un rapport antérieur à la nouvelle jurisprudence. En outre, dans le cas d'espèce, l'expert psychiatre a bien établi un complément d'expertise tenant compte des critères désormais pertinents.

    Reste à déterminer si le rapport des experts du CEMed, tel que complété le 20 août 2015, satisfait aux exigences du Tribunal fédéral en la matière.

    Ce rapport a été établi sur la base du dossier médical du recourant, incluant l'analyse des documents d'imagerie. Les experts ont fondé leurs diagnostics sur leurs observations cliniques, qu'ils ont consignées après avoir relaté l'anamnèse du recourant et ses plaintes. Leurs diagnostics et leurs conclusions sont clairs. Au plan formel, le rapport du CEMed contient ainsi tous les éléments nécessaires pour se voir reconnaître valeur probante. Sur le fond, cette expertise ne contient pas de contradictions apparentes, et l'appréciation de la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle et dans une activité adaptée ne prête dès lors pas flanc à la critique.

    Les autres rapports médicaux versés au dossier ne permettent en outre pas de mettre en doute les conclusions des experts.

    S'agissant de l'appréciation du Dr F_____ – dont il est vrai qu'elle n'a guère été discutée par les médecins du CEMed – il faut relever qu'en 2006, ce rhumatologue n'a pas exclu la reprise d'une activité adaptée à l'avenir. En 2011, il a admis une capacité de travail de 50 % dans une telle activité. Cette restriction de la capacité de travail est cependant motivée par les douleurs du recourant, dont le Dr F_____ admettait pourtant qu'elles n'étaient pas complètement expliquées par les atteintes objectivement constatées. Partant, cette évaluation de la capacité de gain du recourant n'emporte pas la conviction.

    Quant aux médecins traitants du recourant, on soulignera que le Dr H_____ s'est uniquement prononcé sur la capacité de travail dans l'activité de parquetteur – dont il n'est pas contesté qu'elle est nulle – et non dans une activité adaptée. Quant au Dr D_____, il a également conclu dans un premier temps à l'impossibilité pour le recourant de reprendre son activité habituelle, sans se prononcer sur une activité adaptée. Ce médecin a certes fait état en mars 2018 d'une inaptitude à exercer une activité professionnelle. Cette conclusion ne repose cependant pas sur ses propres observations. En effet, elle est motivée par les problèmes psychiatrique et lombaire, dont le Dr D_____ n'assure pas le traitement puisqu'il renvoie aux rapports des autres médecins sur ces points. À cet égard, on relèvera que contrairement aux déclarations du recourant lors de son audition, le Dr D_____ a confirmé dans son

certificat du 9 novembre 2020 qu'il ne suivait pas le recourant pour ses dorso-lombalgies.

On précisera encore que contrairement à ce qu'a affirmé le recourant, l'experte rhumatologue a bien tenu compte des cervicalgies et des lombosciatalgies et qu'elle a pris connaissance de l'IRM de mars 2015, mais qu'elle a exclu des répercussions de ces atteintes sur la capacité de travail du recourant. Il n'existe guère d'avis divergent sur ce point, de sorte que la chambre de céans n'a pas de motif de remettre en cause ses conclusions. S'agissant en particulier des problèmes lombaires, on peut déduire des contradictions entre les déclarations du recourant et les explications du Dr D_____ qu'ils ne semblent pas nécessiter de traitement médical, et cette absence de suivi plaide en défaveur de leur caractère invalidant.

Au plan psychique, les rapports établis par la Dresse K_____ ne sont pas suffisamment motivés pour écarter l'avis du Dr M_____, et elle préconise d'ailleurs une expertise pour déterminer la capacité de travail du recourant. On notera s'agissant en particulier de ses rapports initiaux en 2013 que plusieurs des éléments décrits, soit le sentiment d'injustice, la colère contre le système et l'idée de complot ne paraissent *a priori* pas nécessairement relever d'une pathologie d'ordre psychique. Enfin, ses rapports sont contradictoires dans leurs diagnostics : elle évoque en effet un trouble dépressif sévère dans ses rapports de décembre 2012 et juin 2013, et un épisode moyen dans son rapport de mars 2018.

Le recourant critique en outre le rapport des experts en tant qu'il nie le caractère invalidant de son trouble somatoforme douloureux, notamment compte tenu du fait que celui-ci n'aurait pas été évalué à l'aune des nouveaux indicateurs dans le premier rapport des experts. Or, le Dr M_____ a rendu un complément d'expertise se prononçant sur ces éléments, de sorte que ce grief tombe à faux. En toute hypothèse, cela ne suffirait pas à écarter le rapport du CEMed, conformément à la jurisprudence déjà citée. En ce qui concerne la critique du recourant quant à la méthodologie, eu égard au fait que ce complément d'expertise n'a pas été établi de concert avec les autres experts, il faut rappeler que selon la jurisprudence fédérale, en cas d'expertise pluridisciplinaire, une synthèse sur la base d'une discussion consensuelle entre experts est certes idéale, mais pas obligatoire (ATF 143 V 124 consid. 2.24). Ainsi, le fait que le Dr M_____ soit le seul signataire du complément ne suffit pas à lui nier valeur probante

On ajoutera qu'il convient d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives ou judiciaires qui ne contiendraient pas d'analyse selon les nouveaux critères jurisprudentiels permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux. Il revient aux organes chargés de l'application du droit de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2 et les références). On peut ainsi compléter comme suit l'analyse des indicateurs standards : les experts n'ont pas retenu que le trouble revêtait une gravité

particulière. Les troubles psychiques ont en effet été qualifiés de légers. Les traits de personnalité narcissique n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant – conclusion à laquelle parvient également la Dresse K_____. Quant au contexte social, il n'apparaît pas particulièrement dégradé, dès lors que le noyau familial connaît une bonne entente et que le recourant a le soutien de son épouse, ce qui constitue une ressource. Il a également eu deux enfants depuis la survenance de son atteinte à la santé. En ce qui concerne les limitations au quotidien, le recourant est capable de suivre l'actualité, de lire, de s'occuper en partie de ses enfants et des animaux domestiques, d'entreprendre certaines démarches administratives avec sa gérance, et de partir en vacances. Pour ce qui a trait au poids de la souffrance, la mise à profit d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont suivis, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. En l'espèce, le recourant a renoncé à certaines propositions thérapeutiques, telle que l'intervention évoquée par le Dr F_____. Il ne signale pas de traitement particulier pour les dorsalgies et les cervicalgies. Il a également mis un terme au traitement médicamenteux pour ses troubles psychiques selon les indications de la Dresse K_____ en 2013. C'est également pour ces motifs qu'on ne peut conclure à un échec des traitements. Ces éléments concourent à confirmer que le trouble somatoforme douloureux n'est pas invalidant.

Il faut enfin souligner qu'une aggravation de l'état de santé depuis l'établissement de l'expertise du CEMed n'est pas démontrée. La progression des symptômes signalée par le Dr D_____ le 9 novembre 2020 n'est pas explicitée, et ce médecin ne mentionne pas de changement de diagnostics. Les atteintes qu'il énumère sont déjà décrites dans ses précédents rapports, et leur incidence sur la capacité de gain du recourant a bien été analysée par les experts.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans ne s'écartera pas des conclusions des experts, aux termes desquelles l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est possible depuis toujours. En conséquence, elle ne donnera pas suite aux réquisitions du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise et à l'audition de ses médecins traitants, par appréciation anticipée des preuves (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1).

16. Il convient à présent de se pencher sur le calcul d'invalidité du recourant.

Au sujet du calcul selon la méthode extraordinaire pour la période du 1er mars 2005 au 30 novembre 2008, il faut en premier lieu souligner que c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les revenus statistiques, dès lors que les difficultés liées à la détermination du revenu sans invalidité ont précisément motivé l'application de cette méthode, conformément à l'arrêt du Tribunal du 4 juin 2009. Le recours à de telles données en cas d'évaluation extraordinaire du taux d'invalidité est conforme à la jurisprudence, contrairement à ce que semble alléguer le recourant. Il faut en revanche donner raison au recourant en tant qu'il affirme que les revenus de l'année 2005 devraient être pris en compte, eu égard au début du droit à la rente. Il convient ainsi de se référer aux salaires tirés de l'ESS 2004. Les valeurs appliquées par

l'intimé, soit celles du TA7 de niveau 3 dans les activités de la construction d'une part (ligne 11) et dans les autres activités commerciales et administrative (ligne 23), reflètent les tâches du recourant en tant que directeur de son entreprise de parquetage participant aux travaux de chantier, et elles ne sont pas contestées. La chambre de céans ne s'en écartera donc pas. Les revenus statistiques mensuels en 2004 étaient de CHF 5'350.- s'agissant de la construction, et de CHF 6'245.- pour le volet administratif, soit respectivement CHF 5'639.- et CHF 6'582.- une fois indexés et adaptés à la durée normale de travail de 41.7 heures en 2005.

La chambre de céans reprendra la pondération des activités de l'intimé, qui l'a établie en se référant aux déclarations du recourant sur ce point, que ce dernier ne nie pas avoir tenues. Le revenu annuel avant invalidité s'élève dès lors à CHF 68'800.- en 2005, compte tenu d'un revenu annuel dans l'activité de direction de CHF 78'984.-, pondérée à 10 %, et d'un revenu annuel dans les autres activités de CHF 67'668.- pondérées à 90 %. Le calcul que le recourant entend substituer à celui de l'intimé, qu'il entend établir sans tenir compte d'un changement dans les tâches dans son entreprise, ne peut être suivi. D'une part, il ne correspond pas à la réorganisation qu'il a décrite à l'intimé. D'autre part, cette nouvelle répartition des tâches était en toute hypothèse exigible, eu égard à l'obligation de diminuer le dommage. En effet, il appartenait au recourant de se consacrer aux tâches administratives et de direction dans une plus large mesure, en engageant des ouvriers pour le suppléer sur les chantiers. Le recourant a du reste indiqué qu'il avait réorganisé le travail ainsi dans le cadre de l'enquête de l'intimé du 28 novembre 2007, et il a précisé lors de son audition par la chambre de céans qu'il adaptait son effectif à la charge de travail. L'argumentation selon laquelle la répartition des tâches après atteinte à la santé retenue par l'intimé ne serait pas viable pour une petite entreprise comme la sienne ne lui est d'aucun secours, dès lors qu'il était exigible de lui qu'il change de profession si l'exploitation de son entreprise ne mettait pas en valeur sa capacité de travail résiduelle, comme on le verra ci-dessous.

En ce qui concerne les éléments de la formule d'évaluation du degré d'invalidité dans le cas d'espèce, l'activité de direction est 1, celle de travaux de chantier 2, celle de rendez-vous de chantier 3. T1 est égal à 40 %, respectivement 10 % après invalidité, T2 à 50 %, respectivement 80 % après invalidité, T3 à 10 %. B1 est égal à 0 %, B 2 à 100 %, et B3 à 0 %. Enfin, S1 équivaut à CHF 6'582.-, S2 et S3 à CHF 5'639.-. L'application de la formule aboutit dès lors à un degré d'invalidité de 49.17 %, qui doit être arrondi à 49 % selon les règles mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3.2), ouvrant le droit à un quart de rente plutôt qu'à la demi-rente allouée jusqu'au 30 novembre 2008 par la décision attaquée. Cela étant, au vu des circonstances, la chambre de céans renoncera à la réformation de la décision sur ce point au détriment du recourant.

Le recourant ayant cessé d'exploiter son entreprise en septembre 2008, l'intimé a déterminé son degré d'invalidité dès cette date en appliquant la méthode générale

de comparaison des revenus, en tenant compte d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, conformément aux conclusions des experts. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, il n'est pas irréaliste de considérer qu'il peut retrouver un emploi adapté à son atteinte. En premier lieu, en ce qui concerne son âge, il faut rappeler que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). Le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457 consid. 3.3). Le Tribunal fédéral a considéré que le seuil dès lequel on peut parler d'âge avancé se situe à 60 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

En l'espèce, le recourant avait 50 ans lors de l'expertise du CEMed, soit un âge très largement en-deçà du seuil défini par la jurisprudence. Par surabondance, il était âgé de 46 ans au moment où le Dr F_____ avait déjà admis la reprise – certes partielle – d'une activité adaptée. On ne saurait ainsi considérer qu'une réinsertion professionnelle est irréaliste de ce point de vue. Les autres arguments du recourant ne permettent pas de parvenir à une autre conclusion. Le fait qu'il n'ait pas été confronté à des rapports hiérarchiques pendant une longue période ne suffit pas non plus à exclure une reprise en tant qu'employé. Le parcours du recourant, qui a été en mesure de s'intégrer dans un nouveau pays et d'y créer une entreprise, démontre du reste de bonnes facultés d'adaptation. Enfin, ses limitations fonctionnelles ne sont pas telles que seuls des emplois de niche seraient accessibles. L'intimé a du reste donné plusieurs exemples d'activités adaptées dans son écriture du 28 février 2018. Au vu du large éventail d'activités manuelles simples et accessibles sans formation qu'offre un marché du travail équilibré dans les secteurs de la production et des services, on doit admettre qu'un certain nombre d'entre elles sont adaptées à l'atteinte à la santé du recourant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_226/2018 du 30 janvier 2019 consid. 4.2), sans que des mesures de réadaptation – à l'octroi desquelles il ne conclut d'ailleurs pas – soient nécessaires.

On peut ainsi confirmer le recours aux salaires statistiques pour déterminer le revenu d'invalide, qui correspond au revenu tiré d'activités simples et répétitives en 2008 pour un homme (TA1, ligne Total), soit CHF 4'806.- par mois et CHF 59'979.- annualisé et adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures en 2008. L'intimé a tenu compte d'un abattement de 10 % eu égard aux seuls travaux légers possibles, ce qui porte le revenu d'invalide à CHF 44'984.-. La comparaison au revenu sans invalidité de CHF 68'800.- en 2005, indexé à CHF 71'751.- en 2008, révèle un degré d'invalidité de 24.77 %, arrondi à 24 %. On relèvera encore que

même la réduction maximale de 25 % sur le revenu statistique conduirait à un degré d'invalidité de 37.31 %, ce qui resterait insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

C'est ainsi à juste titre que l'intimé a nié le droit à une rente dès décembre 2008, soit trois mois après la diminution de son degré d'invalidité liée au changement d'activité exigible. En effet, selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2011 du 24 février 2012 consid. 4 et les références). Dans un tel cas, la date de la modification est déterminée conformément à l'art. 88*a* RAI. Selon l'alinéa premier de cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1).

Eu égard aux éléments qui précèdent, la décision de l'intimé est confirmée.

17. Le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu en l'espèce de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative - E 5 10.03).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
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 de l'assuré 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 de l'assuré, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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