

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4065/2023

ATAS/984/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 décembre 2025

Chambre 4

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et
Antonio Massimo DI TULLIO, juges assesseurs.**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1963, marié et père de trois enfants.

b. Il a travaillé comme concierge d'école dès septembre 2001. Dans ce cadre, il a chuté dans des escaliers en 2009 et a, de ce fait, souffert d'une lombosciatique droite amenant à une intervention chirurgicale en mars 2010.

B. a. Le 14 décembre 2009, l'assuré a demandé les prestations de l'assurance-invalidité, invoquant une hernie discale L4-L5.

b. Suite à un programme de reconversion, il a été engagé, en 2016, par la Fondation B_____, entreprise sociale privée (ci-après : B_____), comme conseiller professionnel à 80%.

c. Par décision du 18 janvier 2017, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a constaté que la réadaptation professionnelle de l'assuré était achevée et qu'il était en mesure de réaliser un revenu qui excluait le droit à la rente.

C. a. L'assuré a formé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 20 novembre 2018, faisant valoir qu'il était en incapacité de travail depuis juillet 2018, en raison de hernies discales, lombaires et cervicales.

Il a produit un rapport établi le 14 septembre 2018 par le docteur C_____, spécialiste en médecine interne, qui indiquait que depuis la fin du mois d'août, il présentait une récurrence de cervicalgies droites invalidantes avec une irradiation du membre supérieur gauche et thoracique antérieur, avec nausées. L'assuré avait dû augmenter son traitement de Temgesic de 3 à 4 × 0.2 mg, mais il était soulagé par des exercices de stretching qu'il allait pouvoir reprendre avec son physiothérapeute. Les limitations fonctionnelles étaient actuellement importantes, vu les contractures sus-scapulaires et les scalènes importantes. Une reprise devrait pouvoir être possible, mais à une date encore indéterminée.

b. Le 25 octobre 2018, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré montrait une péjoration et une exacerbation des cervicalgies et des lombalgies, malgré le traitement antalgique et la physiothérapie. Il prenait du Temgesic 0.4 mg, matin et soir, notamment. Il y avait une lente amélioration de son état avec des fluctuations des douleurs certains jours. L'assuré était très vite handicapé dans les charges et la mobilité. Il avait une fatigabilité et une somnolence importantes nécessitant des siestes dans l'après-midi. Il était dans un état d'épuisement en fin de matinée, même en arrêt de travail.

c. Le 25 février 2019, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré était en incapacité de travail à 100% depuis le 16 juillet 2018, en raison de troubles de la concentration et de l'attention ainsi que de cervicalgies et de lombosciatalgies. L'assuré prenait du Temgesic 2-3 × 0.2 mg. Dans une activité adaptée, on pouvait raisonnablement

attendre de lui un travail à 50%. Le pronostic sur la réadaptation était bon, car l'assuré était motivé.

d. L'assuré a été licencié par son employeur le 11 mars 2019 au motif qu'il était arrivé à la fin de son délai de protection en cas de maladie.

e. Le 4 juillet 2019, le docteur D_____, spécialiste en neurologie, a transmis au Dr C_____ un bilan neuropsychologique de l'assuré effectué le 25 juin 2019 en raison de ses troubles de la concentration. Les résultats aux tests neuropsychologiques mettaient en évidence un fonctionnement normal de toutes les fonctions investiguées, y compris les différents types de mémoire, de même que l'attention sélective simple et l'attention concentrée. Ces résultats étaient donc rassurants. Les plaintes de l'assuré et les questionnaires d'auto-observation aiguillaient vers des défaillances d'attention liées à un déficit de sommeil réparateur et aux effets secondaires de l'antalgie majeure. Une réévaluation de l'antalgie était conseillée afin d'améliorer le sommeil et si possible trouver un traitement ayant moins d'impact sur les fonctions cognitives. Les capacités intellectuelles étaient suffisantes pour une réinsertion professionnelle, mais elles présentaient des fluctuations en raison de ses troubles de l'attention et de la concentration liés à son déficit de sommeil réparateur et/ou à l'antalgie.

f. Le 4 novembre 2019, le Dr C_____ a indiqué à l'OAI que l'assuré continuait à présenter des cervicalgies et des lombosciatalgies bilatérales prédominant à droite, qui s'étaient péjorées les semaines précédentes avec le changement de saison, ce qui avait nécessité une augmentation du traitement de Temgesic à 4×0.4 mg par jour et des doses de Prednisone de 20 mg, ce qui n'avait que peu amélioré ses symptômes. L'assuré continuait à présenter des difficultés de concentration, de la fatigue et de la somnolence, qui nécessitaient une sieste en début d'après-midi. Les levers du matin étaient difficiles et il lui fallait pratiquement deux heures pour être opérationnel. Une reconversion professionnelle paraissait possible, en tout cas à 50%.

g. L'OAI a confié une expertise à la docteure E_____, spécialiste en médecine physique et rééducation et rhumatologie. Dans son rapport du 5 mai 2020, l'experte n'a pas retenu de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a estimé que la capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré était de 100%.

h. Par projet de décision du 19 août 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Après consultation de l'ensemble des éléments médicaux recueillis, une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi ne pouvait être retenue. En effet, il n'y avait pas, depuis janvier 2018, de motifs à une incapacité de travail de longue durée et l'assuré était parfaitement apte à exercer son activité lucrative habituelle. Dès lors, son invalidité devait être considérée comme nulle au sens de la LAI.

i. Le 30 septembre 2020, l'assuré a formé opposition au projet de décision précité.

j. Par décision du 7 octobre 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision.

D. a. L'assuré a formé recours le 4 novembre 2020 contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans), concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité et à une détermination de son droit à des éventuelles mesures de réadaptation professionnelle avec suite de frais et dépens.

b. Dans un rapport établi le 1^{er} février 2021, le docteur F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que les limitations fonctionnelles que présentait le recourant dans sa vie quotidienne étaient d'abord la présence quasi continue de douleurs chroniques au niveau du rachis (plus de dix ans). Les douleurs nécessitaient un traitement antalgique puissant qui, par son mode d'action (interaction avec des récepteurs aux opiacés), entraînait inévitablement comme effet secondaire une perturbation majeure des facultés d'attention et de concentration, des capacités de planification ainsi qu'une fatigabilité accrue. Une tentative de réduction de cette médication antalgique avait été faite en été 2020, mais elle s'était vite avérée un échec, car les douleurs avaient augmenté à nouveau en intensité. La fatigabilité, avec pour corollaire la survenue fréquente d'une somnolence diurne excessive, était également à mettre sur le compte d'un syndrome d'apnées et d'hypopnées obstructives du sommeil. Plusieurs essais de reprise de travail avaient été tentés par l'assuré, qui était motivé, mais ils s'étaient soldés par des échecs. La capacité de travail en qualité de coordinateur en insertion professionnelle était désormais nulle. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles semblait possible, mais uniquement dans un contexte de travail protégé, l'assuré ne pouvant travailler que quelques heures par jour et selon des horaires flexibles, malgré une motivation tout à fait sincère de conserver une identité professionnelle. Il n'était pas possible de quantifier précisément sa capacité de travail, vu que dans un tel contexte, elle se définissait après un temps d'observation dans le milieu. Une activité compatible avec les exigences actuelles du marché de l'emploi, même dans le domaine considéré, paraissait impossible, vu la durée des pathologies décrites et l'âge de l'assuré.

c. Le 2 décembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours.

d. Par arrêt du 27 octobre 2021 (ATAS/1085/2021), la chambre de céans a admis partiellement le recours, annulé la décision du 7 octobre 2020 et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

E. a. Dans un rapport du 17 mai 2022, le Dr F_____ a indiqué que l'assuré souffrait d'un trouble anxieux avec attaques de panique, d'un syndrome d'apnées/hypopnées du sommeil, traité par CPAP, et de douleurs au niveau de la colonne vertébrale. Il arrivait à effectuer diverses tâches du quotidien, telles que le ménage, l'entretien et les courses, mais de façon fragmentée avec des pauses vu ses difficultés. Il fonctionnait qualitativement relativement bien, mais avec un rendement notablement réduit.

Il avait des ressources, mais elles étaient limitées par les symptômes décrits précédemment (humeur modérément abaissée, troubles de la concentration majeurs, grande fatigabilité). Finalement, c'était surtout les comorbidités somatiques qui impactaient sa capacité de travail. Le traitement antalgique lourd prescrit était indispensable, mais il impactait ses fonctions cognitives. Il ressortait clairement d'un rapport d'évaluation des ÉPI (annexé) que l'assuré avait désormais une capacité de travail de 0%. Depuis le début de sa prise en charge, il y avait eu une légère amélioration sur le plan psychique, dans le sens qu'il était moins anxieux et qu'il n'avait plus besoin de prendre du Cipralax. Il avait encore du Temesta et du Zoldorm en réserve. Les séances de méditation en pleine conscience l'aidaient visiblement. L'observance thérapeutique était bonne.

Le Dr F_____ a transmis à l'OAI :

- un rapport établi le 15 février 2021 par la Consultation ambulatoire de la douleur, dont il ressort que l'assuré souffrait de cervicalgies et lombosciatalgies bilatérales chroniques. Actuellement, il semblait euthymique et ne décrivait pas de pensées négatives. Sur le plan médicamenteux, le traitement actuel pouvait être poursuivi en maintenant le dosage le plus faible possible pour permettre un contrôle des douleurs suffisant afin de pouvoir permettre la mobilisation régulière. Compte tenu des effets indésirables des traitements systémiques chez l'assuré, une prise en charge en antalgie interventionnelle pourrait être envisagée (infiltration épurale et/ou foraminale au niveau lombaire) ;
- et un rapport d'évaluation des ÉPI du 17 décembre 2021 demandé par l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE), qui concluait que l'assuré avait des soucis limitant l'aisance dans ses déplacements. Toutefois, la problématique était plus sérieuse du fait de sa fatigue et de sa perte de concentration liées à ses douleurs, qui demandaient une médication lourde de conséquence. Au mieux, il pourrait mener une activité de type monotâche dans un environnement adapté sur quelques heures, en ayant droit à des coupures pour se reposer. Son rythme et la qualité de son travail étaient en-dessous de ce qui était demandé sur le marché usuel.

b. Le 11 juillet 2022, le Dr C_____ a informé l'OAI qu'en raison de ses douleurs, l'assuré bénéficiait d'un traitement de Temgesic en principe 0.2 mg le matin et 0.4 mg le soir, de Torasemide 5 mg et de Micardis 20 mg en raison du HTA. Selon les besoins, il prenait du Temesta, du Tilur retard et du Prednisone. Il bénéficiait de physiothérapie et utilisait une fois par semaine du CBD, qui diminuait ses douleurs. Il suivait des cours de fitness, de marche, de vélo, de relaxation respiratoire et d'autohypnose. Ses douleurs fluctuaient malheureusement selon la journée, les efforts fournis et la météo. Il bénéficiait aussi d'un suivi psychothérapeutique par le Dr F_____. Au vu de ses nombreux handicaps invalidants et de l'absence de possibilité de réinsertion professionnelle, il devait bénéficier de l'assurance-invalidité.

c. Dans un rapport du 26 mars 2021, le professeur G_____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a indiqué que les limitations fonctionnelles du recourant dans la vie de tous les jours étaient une lenteur importante dans presque toutes les activités (ménage et soins corporels), des difficultés à la marche prolongée, une grande fatigue et une fatigabilité. L'assuré avait des difficultés à la position debout (impossible plus de 20 minutes), aux gestes répétés, de concentration (en raison de la prise de médicaments et de la fatigue engendrée par les nuits difficiles à cause des douleurs, ainsi que de la fatigabilité). Les conséquences sur la capacité de travail étaient des grandes difficultés de régularité en raison des poussées récurrentes et une lenteur. Une activité compatible avec l'état médical et le marché du travail était une profession comparable à son travail social dans la réinsertion, mais à un rythme plus lent. Une amélioration était possible en fonction des résultats des examens et des traitements.

d. Dans un avis du 6 juin 2023, le SMR a considéré que la réalisation d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique était nécessaire.

e. Dans un rapport établi le 7 septembre 2023, le docteur H_____, spécialiste en rhumatologie, et la docteure I_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du centre d'expertises médicales (ci-après : CEMed), ont retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome radiculaire L5 droit chronique, secondaire à une intervention chirurgicale sur l'étage L4-L5 en 2010, avec un canal lombaire rétréci essentiellement lié à une arthrose inter-apophysaire postérieure. Il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique. Compte tenu de la description du poste de travail, qui permettait d'alterner les positions assises et debout et en l'absence de soulèvement de charge, les experts estimaient que la capacité de travail de l'assuré était totalement préservée. Ainsi, une présence de 8 heures 30 par jour était légitime. Ceci était confirmé par le Prof. G_____. Sur le plan psychique, la capacité de travail de l'assuré avait toujours été de 100%, avec une performance toutefois réduite de 20%. Compte-tenu de la nécessité de se relever 10 minutes par heure. La capacité de travail était en conséquence de 80%, au moins depuis le début de l'activité du recourant pour B_____ en 2016.

Du point de vue des experts, la capacité de travail pouvait encore être améliorée de façon significative par un sevrage progressif en morphinique, lequel était indispensable, en raison de l'habituelle hypersensibilisation centrale, cette médication n'étant pas indiquée dans les rachialgies et les radiculalgies chroniques comme le confirmaient les dernières études. Des conseils avaient été donnés à l'assuré dans ce sens. Parallèlement, un programme de prise en charge diététique pour obtenir un amaigrissement, éventuellement complété par une chirurgie bariatrique, était à discuter. L'assuré s'était montré attentif et ouvert.

f. Par projet de décision du 21 septembre 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Son statut était celui d'une personne se consacrant à 80% à son activité professionnelle et à 20% pour l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI reconnaissait

une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle, avec une baisse de rendement de 20% dès le mois de janvier 2018 (début du délai d'attente d'un an). Dans sa situation particulière, le degré d'empêchement dans les travaux habituels n'avait pas d'influence sur l'échelle de rente. Par conséquent, l'OAI n'avait pas effectué d'enquête à domicile. Le degré d'invalidité tenant compte de la pondération entre la part active et la part des travaux habituels était de 16%, ce qui n'ouvrait pas à l'assuré le droit à rente. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et ne se justifiaient pas.

g. L'assuré a fait valoir qu'il ressortait du rapport d'évaluation des ÉPI du 17 décembre 2021 qu'il n'était plus en mesure de réintégrer le marché du travail.

h. L'OAI a confirmé son projet de décision par décision du 10 novembre 2023.

- F. a.** Le 5 décembre 2023, l'assuré, agissant en personne, a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre de céans, concluant à son annulation et à sa mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 28 novembre 2018, avec suite de frais et dépens.

Il a fait valoir que la décision querellée indiquait que l'évaluation médicale réalisée sur lui ne lui permettait pas de modifier sa décision de 2021, sans indiquer pourquoi, si bien qu'il lui était impossible de se défendre correctement en l'état.

La décision querellée entrainait en contradiction avec la décision du chômage, selon laquelle il était totalement inapte au placement, en raison de son état de santé.

Elle était arbitraire.

b. Par réponse du 11 janvier 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant qu'il ne ressortait pas des griefs du recourant d'élément concret susceptible de remettre en cause ses conclusions et celles des experts.

c. Les parties ont été entendues par la chambre de céans le 29 mai 2024.

d. Le 26 juin 2024, l'intimé a informé la chambre de céans qu'il modifiait la décision litigieuse, dans le sens où il reconnaissait un statut d'actif au recourant, ce qui ne modifiait pas ses conclusions, puisque le recourant avait une capacité de travail de 80% dans toute activité et que le taux d'invalidité de 20% ne lui ouvrait pas de droit à une rente.

e. Le 30 septembre 2024, le recourant a informé la chambre de céans qu'à l'issue d'un nouveau stage, il avait été conclu qu'il n'était pas apte au placement dans le premier marché du travail.

Il a produit un rapport d'évaluation de Sekoia du 16 août 2024 rédigé suite à un stage organisé par l'OCE du 22 juillet au 16 août 2024, qui concluait que l'assuré était éloigné du marché de l'emploi en raison de sa problématique de santé. Pour des raisons d'employabilité, son rendement n'était pas suffisant pour le premier marché du travail. Il ne pouvait plus exercer son métier pour des raisons de santé

qui avaient un impact sur sa compétitivité dans le monde du travail. Il présentait un réel intérêt pour le travail et le partage. Un travail sans rendement dans un atelier protégé lui conviendrait.

f. Par ordonnance du 30 mai 2025 (ATAS/401/2025), la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique du recourant qu'elle a confiée à la docteure J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. S'agissant de la valeur probante de l'expertise du CEMed, la chambre a relevé que, sur le plan rhumatologique, ses conclusions n'étaient pas critiquées par le recourant et qu'elles étaient globalement convaincantes, sous réserve du fait que l'expert avait indiqué que le sevrage du Temgesic restait de rigueur, car il n'était pas indiqué pour les lombalgies chroniques ni pour un syndrome radiculaire chronique et que, contrairement à ce que disait le médecin traitant, ce sevrage n'avait pas été tenté. Il ressortait en effet des déclarations du recourant du 29 septembre 2021 ainsi que du rapport établi le 21 septembre 2020 par le Dr C_____ qu'un sevrage avait bien été tenté, mais sans succès. La conclusion de l'expert rhumatologue apparaissait ainsi non seulement erronée, mais également incomplète, dans la mesure où il n'avait pas pris en compte les effets addictifs du Temgesic qui auraient dû être commentés.

L'expert rhumatologue a indiqué que l'imputabilité du Temgesic dans les troubles de la concentration devait être estimée par l'experte psychiatre, ce qui correspond à l'appréciation de la Dre E_____, qui indiquait, le 16 décembre 2021, qu'en tant que rhumatologue, elle ne pouvait se prononcer sur les troubles de mémoire et de concentration ni sur la part éventuelle des morphiniques dans cette problématique.

Sur ce point, important puisqu'il a justifié le renvoi de la cause par la chambre de céans à l'intimé pour instruction complémentaire, l'experte psychiatre du CEMed s'est contentée de retenir qu'il apparaissait peu probable que la prise de Temgesic, qui était ancienne et actuellement à une posologie peu élevée, soit à l'origine des troubles de concentration du recourant, étant donné les effets de tolérance bien connus pour les analgésiques opioïdes.

Si l'effet de tolérance du Temgesic pouvait être admis (public. médicaments.gouv.fr), cela ne signifiait pas encore que ce médicament n'aurait pas un effet sur la fatigue et la concentration. Il ressortait au contraire de plusieurs rapports au dossier que ce serait le cas, ce qui nécessitait que l'experte développe ses conclusions (rapports du Dr C_____ des 25 octobre 2018, 4 novembre 2019 et 21 décembre 2020 ; du Dr F_____ du 1^{er} février 2021, du Dr G_____ du 26 mars 2021 et du Dr D_____ du 25 juin 2019).

L'experte n'a pas non plus commenté les conclusions des ÉPI du 22 novembre 2021, qui faisaient également état d'une fatigue et d'une perte de concentration du recourant liées aux douleurs, qui demandaient une médication lourde de conséquence. Le seul fait que ce rapport ait été résumé ne permet pas de retenir qu'il a été sérieusement pris en compte par l'experte.

Le rapport établi le 16 août 2024 sur le stage effectué par le recourant du 22 juillet au 16 août 2024, organisé par l'OCE, concernait une période postérieure à l'expertise du CEMEd et la décision querellée du 10 novembre 2023. Cela étant, les conclusions de ce rapport tendaient à confirmer les conclusions faites lors du premier stage aux ÉPI, dans la mesure où il était estimé que le recourant n'était plus en mesure de réintégrer le marché du travail et que ses douleurs étaient à l'origine de problèmes d'insomnie entraînant une fatigue chronique au quotidien affectant sa capacité de concentration.

Par ailleurs, l'experte psychiatre n'avait pas différencié la période pendant laquelle le recourant travaillait de celle pendant laquelle il ne travaillait plus, ce qui lui avait permis de réduire les doses de Temgesic de trois fois et d'améliorer la concentration.

g. Dans son rapport du 16 juillet 2025, l'experte judiciaire a indiqué qu'il n'y avait pas, à proprement parler, de diagnostic psychiatrique. Le seul code diagnostic qu'elle pouvait poser en tant que psychiatre était une description de la dépendance physique fonctionnelle liée à une prise de médicaments morphiniques contre des douleurs (code Z79.891 CIM-10).

La capacité de travail dans l'activité habituelle, qui demandait de la concentration, était de 0% en raison des conséquences du traitement de la buprénorphine. Elle était de 50% dans une activité strictement adaptée, avec une diminution de rendement de 20% du fait de la nécessité de prendre le temps au réveil et de se déplacer jusqu'à un lieu travail, puis aux alentours de 14h, la somnolence en lien avec les troubles du sommeil dus à l'apnée du sommeil empêcherait le recourant de continuer une activité. On pouvait imaginer une activité qui se déroulerait entre 10h et 14h par exemple.

h. Le 12 août 2025, le recourant a indiqué qu'il n'avait aucune remarque à faire sur le contenu de l'expertise et qu'il espérait que la chambre de céans retiendrait la conclusion qui allait dans le sens de ce qu'il affirmait depuis son premier recours.

i. Le 3 septembre 2025, l'intimé, se fondant sur un avis du SMR du 7 août 2025, a estimé que l'expertise judiciaire ne pouvait pas se voir reconnaître une pleine valeur probante et qu'il devait être écarté.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations

prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité suite à sa demande de prestations du 28 novembre 2018.

3.

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

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

Si un droit à la rente a pris naissance jusqu'au 31 décembre 2021, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente, conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Selon la let. c, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui, à l'entrée en vigueur de la modification, avaient au moins 55 ans, l'ancien droit reste applicable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_561/2022 du 4 août 2023 consid. 3.1 et la référence).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022, mais elle concerne une demande de prestations ayant été déposée en 2018 et un éventuel droit à une rente d'invalidité qui naîtrait antérieurement au 1^{er} janvier 2022 (*cf.* art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En outre, dans la mesure où le recourant avait, au 1^{er} janvier 2022, 58 ans, l'ancien droit resterait applicable jusqu'à l'extinction ou la suppression du droit éventuel à la rente.

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

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

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

3.3 L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claire 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). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 consid. 4.5 et 143 V 418 consid. 6 et 7), car les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe

être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). Il convient également d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Le Tribunal fédéral a développé dans sa jurisprudence relative à l'établissement de la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique les indicateurs suivants, qui s'appliquent également pour déterminer la capacité de travail exigible des personnes souffrant de troubles psychiques.

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. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par l'atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la 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.

La comorbidité psychique 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 psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Il convient ensuite 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.

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.

Il s'agit, encore, 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, les loisirs). Le critère du retrait social 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.

Il faut examiner en suite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour 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.

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'existibilité repose sur une base objective.

3.1 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les

aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

3.2 Dans un arrêt du 26 mai 2025 (8C_419/2024), le Tribunal fédéral a confirmé la valeur probante d'une expertise judiciaire, qui retenait notamment que l'usage de médicaments comme la morphine et ses dérivés pouvait entraîner des troubles de la concentration et de la vigilance, ce qui limitait également l'activité professionnelle, en considérant que les troubles de la concentration et de la vigilance évoqués par l'expert judiciaire étaient des effets secondaires habituels et notoirement connus de la forte médication antalgique prescrite à l'assurée.

3.3 Le Tribunal fédéral a affirmé à plusieurs reprises, en se référant à l'ATF 127 V 294 consid. 4c, que dans l'assurance-invalidité, la possibilité de traiter une affection ne s'oppose pas de manière absolue à la survenance d'une invalidité donnant droit à une rente. En effet, la possibilité de traitement, considérée en soi, ne dit encore rien sur le caractère invalidant d'une atteinte à la santé. Une atteinte à la capacité de gain doit être établie et son ampleur déterminée dans chaque cas particulier, indépendamment de la classification diagnostique d'une affection et, en principe, indépendamment de son étiologie. La question déterminante est de savoir si l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée qu'elle fournisse une prestation de travail. La naissance du droit à une rente d'invalidité suppose donc toujours et uniquement qu'une incapacité de travail d'au moins 40% ait existé pendant un an (sans interruption notable) et qu'une incapacité de gain justifiant le droit à une rente subsiste. Un refus ou une réduction des prestations au motif que l'assuré n'utilise pas tous les moyens de traitement, présuppose une procédure selon l'art. 21 al. 4 LPG. En l'absence d'une telle procédure, les atteintes à la santé ne peuvent pas être ignorées, lors de la détermination de la capacité de l'assuré, au seul motif qu'elles peuvent être traitées (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_327/2022 du 10 octobre 2023 consid. 4.2 et la référence).

Selon l'art. 21 al. 4 LPG, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Selon cette disposition toujours, une mise en

demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée.

Cette procédure est un préalable impératif à tout refus de prestations en application de l'art. 21 al. 4 LPGA (SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Il doit, d'autre part, exister un lien de causalité entre le comportement reproché et le dommage susceptible d'être causé à l'assurance. Pour statuer sur cette question, il faut apprécier le comportement de l'assuré au regard des faits postérieurs à l'avertissement, faute de quoi l'exigence légale de l'avertissement serait vidée de son sens (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 457/05 du 13 octobre 2005 consid. 4.1).

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

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

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

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente.

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les

références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers (*cf.* arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

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

Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Selon la jurisprudence, l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5).

Le travail à temps partiel peut en effet être synonyme d'une perte de salaire pour les travailleurs à temps partiel de sexe masculin (arrêt du Tribunal fédéral 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.2).

4.

4.1 En l'espèce, la chambre de céans constate que le rapport de l'experte judiciaire répond aux réquisits permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. L'experte a en particulier répondu aux questions spécifiques qui se posaient. Même si elle n'a pas posé de diagnostic purement psychiatrique, il n'est pas contesté qu'elle était compétente pour poser le diagnostic de Z79.891 de la CIM-10. Par ailleurs, en tant que psychiatre, elle devait se prononcer sur l'exigibilité pour le recourant d'une activité professionnelle sur la base des indicateurs de gravité et de cohérence développés par le Tribunal fédéral, dans la mesure où les effets des douleurs et des médicaments ne sont pas objectivables.

Les considérations générales de l'experte, selon lesquelles les effets secondaires connus du Temgesic sont la somnolence, les vertiges, les troubles de la concentration, la fatigue et les nausées, sont convaincantes, puisque ces effets sont considérés comme notoires par le Tribunal fédéral (arrêt 8C_419/2014 consid. 6.2).

L'experte judiciaire a commenté en particulier le rapport du Dr C_____, avec lequel elle a indiqué être d'accord sur les limitations retenues et la capacité de travail. Les conclusions de ce dernier étaient cohérentes, selon elle, avec le fait que le recourant mettait environ deux heures à démarrer sa journée et qu'il commençait à sentir la somnolence ou à s'endormir, même dans des lieux publics, aux alentours de 14h – ce qui avait été observé lors du stage aux ÉPI –, ce qui ne lui laissait que deux à trois heures de possibilité de travail, en raison de ses limitations.

L'experte judiciaire a également constaté que les rapports de stage des ÉPI des 17 décembre 2021 et 16 août 2024 confirmaient ses conclusions.

Elle a enfin indiqué ne pas être d'accord avec les conclusions de l'experte psychiatre du CEMed sur les effets du Temgesic, en particulier sur son affirmation selon laquelle la faible posologie ne pouvait pas générer d'effets secondaires. Elle a motivé sa position de façon convaincante, en se référant à la littérature, selon laquelle la buprénorphine (Temgesic) pouvait entraîner parfois durablement, donc chroniquement, des effets secondaires tels que la fatigue, la somnolence, la baisse de concentration ou la confusion, en citant les références des articles concernés.

L'experte judiciaire a distingué dans son appréciation la période pendant laquelle le recourant travaillait de celle pendant laquelle il ne travaillait plus, en relevant que même dans ce dernier cas, il avait toujours besoin d'un traitement de buprénorphine pour ses douleurs et devait adapter sa vie et ses déplacements ou ses obligations à celles-ci, car elles fluctuaient en fonction de l'humidité, de la

chaleur et des moments de la journée. L'experte a en outre indiqué que les effets du Temgesic impactaient fortement la capacité de travail du recourant en altérant la vigilance et la réactivité et qu'ils pouvaient donc nuire à la performance. Ces effets étaient corrélés avec la posologie du traitement et avaient diminué avec la baisse de la posologie lors des tentatives de sevrage ou de diminution du traitement. Néanmoins, tant le recourant que ses médecins attestaient d'une augmentation de la douleur lors de ces diminutions.

L'experte a examiné les indicateurs développés par le Tribunal fédéral. Elle a indiqué qu'en tant que psychiatre, elle ne pouvait se positionner sur l'évaluation de la gravité de la prise d'opioïdes dans le contexte de douleurs chroniques, sans lien avec une addiction psychiatrique. Elle n'a ainsi pas répondu correctement à la question, qui concernait la gravité des troubles diagnostiqués. L'on peut néanmoins considérer qu'elle y a répondu en relevant que les effets du Temgesic impactaient fortement la capacité travail du recourant en altérant sa vigilance et sa réactivité et en précisant qu'ils continuaient à l'impacter même après l'arrêt du travail.

Elle a encore relevé que la difficulté à stopper totalement le Temgesic malgré une baisse à un dosage minimal en 2020 et 2021 avait été objectivée par la Consultation de la douleur et les différents médecins du recourant.

L'experte a indiqué que les douleurs et les effets secondaires de son traitement empêchaient le recourant, selon leur intensité, de sortir parfois de la maison et qu'ils réduisaient ses possibilités d'activité sociale et de sorties. Il voyait moins d'amis, et jamais le soir, à cause de la fatigue et de la somnolence, précisant qu'un soir, il s'était endormi dans un restaurant alors qu'il se trouvait en famille.

L'experte a retenu qu'il n'y avait pas d'exagération des symptômes ni de constellation semblable qui laisserait planer un doute sur la situation réelle du recourant. Son comportement semblait tout à fait cohérent. Les limitations étaient uniformes dans tous les domaines et le niveau d'activité moyen à faible selon les périodes et le niveau de douleurs. Il ressortait des rapports médicaux que le recourant était compliant au traitement et aux propositions de soins.

L'analyse des indicateurs faite par l'experte apparaît convaincante et cohérente avec ses conclusions sur la capacité de travail du recourant.

L'experte a indiqué que la question du traitement de la douleur sortait de ses compétences de psychiatre-psychothérapeute, ce qui est exact, mais elle a souligné que ses confrères de la Consultation ambulatoire de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève n'avaient pas recommandé clairement l'arrêt des morphiniques. Sa réponse ne nuit pas à la force probante de son expertise, dès lors que son rôle en tant que psychiatre était de se prononcer sur les éventuelles atteintes psychiatriques et sur l'exigibilité d'une activité professionnelle en lien avec les syndromes sans substrat objectif, au regard des indicateurs de gravité et cohérence développés par le Tribunal fédéral.

De plus, la question de savoir si le recourant peut se voir imposer l'arrêt des morphiniques ou s'il y a lieu de retenir à son encontre le fait qu'il n'a pas réussi à se sevrer, ne se pose pas en l'espèce, car l'intimé n'a pas exigé de lui cette mesure, ce qu'il aurait dû faire en tenant des exigences posées par l'art. 21 al. 4 LPGA.

L'intimé a fait valoir que le recourant ne présentait pas de comorbidité psychiatrique ayant une influence sur la capacité travail. Comme cela a été déjà mentionné ci-dessus, l'experte judiciaire devait se prononcer sur les effets des douleurs et du traitement médicamenteux du recourant, atteintes qui ne sont pas objectivables, ce qui relevait de sa compétence selon la jurisprudence. Le fait qu'elle n'ait pas posé un diagnostic purement psychiatrique n'est donc pas relevant. La comorbidité est un indicateur parmi d'autres et l'absence de comorbidité psychiatrique n'implique pas d'emblée une pleine capacité de travail. Il faut examiner la situation spécifique de la personne concernée sur la base de tous les indicateurs.

La chambre de céans retient, en conclusion, que l'intimé n'a pas invoqué de faits remettant sérieusement en cause la valeur probante de l'expertise, qui répond aux réquisits nécessaires pour se voir reconnaître une telle valeur, sous la réserve suivante.

La chambre de céans estime en effet que les conclusions de l'experte sont contestables en tant qu'elles datent le début de l'incapacité de travail à 2017, sans motivation, ce qui ne ressort pas des pièces au dossier. Au contraire, la décision du 18 janvier 2017, qui n'a pas été contestée, constatait que la réadaptation professionnelle de l'assuré était achevée et qu'il était en mesure de réaliser un revenu qui excluait le droit à la rente.

Il se justifie de retenir comme date de début de l'incapacité de travail durable juillet 2018, comme cela ressort de la demande du recourant du 20 novembre 2018 et du rapport du Dr C_____ du 25 février 2019.

4.2 Sur la base de l'expertise judiciaire, il y a lieu de fixer le taux d'invalidité en retenant une capacité de travail dans une activité adaptée de 50%, moins 20% de perte de rendement, soit globalement de 40%, dans une activité adaptée.

Le taux d'invalidité doit être calculé en tenant compte d'un statut d'actif, selon la détermination de l'intimé du 26 juin 2024, et en 2019, soit un an après le début du délai d'attente. Il faut prendre en compte comme revenu sans invalidité, le dernier salaire annuel touché par le recourant, qui s'élevait à CHF 65'000.-.

Le revenu avec invalidité doit être fixé selon l'ESS 2018 et annualisé (CHF 5'417.- x 12 = CHF 65'004.-), puis indexé à 2019 (x [indice 2019 : 2279] / [indice 2018 : 2260] = CHF 65'550.-), puis adapté à l'horaire de travail usuel en 2019 (x 41.7 / 40 = CHF 68'335.87), puis réduit pour tenir compte d'une capacité de travail globale de 40%, ce qui fait un revenu annuel total de CHF 27'334.34, dont il faut déduire encore un abattement de 10%, pour tenir compte de son âge

(56 ans en 2019) ainsi que du temps partiel et des possibilités d'heures de travail limitées, soit au total un revenu avec invalidité de CHF 24'600.91.-.

La comparaison des revenus avec et sans invalidité donne un taux d'invalidité de 62%, qui ouvre au recourant le droit à un trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2019 (un an après le début de l'incapacité durable de travail de juillet 2018 et six mois après la demande de prestations du 20 novembre 2018).

5. Le recours sera en conséquence partiellement admis.

Les frais de l'expertise judiciaire seront mis à la charge de l'intimé, dès lors que celui-ci a suivi une expertise qui n'était manifestement pas probante et qui présentait une insuffisance caractérisée (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant, qui n'est pas assisté d'un conseil (art. 61 let. g LPGA).

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 10 novembre 2023.
4. Dit que le recourant a droit à un trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2019.
5. Met les frais de l'expertise judiciaire à hauteur de CHF 4'520.88 à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Janeth WEPE

Catherine TAPPONNIER

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