

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4467/2018

ATAS/988/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 octobre 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Sara GIARDINA

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Christine WEBER-FUX,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1958, d'origine roumaine, naturalisé Suisse en 1997, exerce la profession de chauffeur de taxi depuis 1984.
2. Le 16 novembre 2002, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Il s'est plaint de nausées, vertiges, céphalées, lombalgies et gonalgies.
3. Le 17 juin 2006, le docteur B_____, FMH chirurgie orthopédique, a attesté d'un suivi depuis juin 2003, pour les suites de l'accident, avec persistance de douleurs lombaires basses et sciatalgies droites, non déficitaires ; l'évolution du genou droit était favorable.
4. Une IRM du 26 juin 2006 a conclu à une dégénérescence discale en L5-S1 avec volumineuse hernie discale de localisation médiane, paramédiane droite déformant et appuyant sur la partie antérieure droite du fourreau dural et entrant en conflit avec la racine S1 droite ainsi qu'un canal lombaire constitutionnel étroit.
5. Le 27 juillet 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité, au motif qu'il présentait une sciatique bilatérale et une claudication.
6. Le 15 octobre 2007, le docteur C_____, a rendu un rapport médical AI attestant de lombosciatalgie lombaire droite, syndrome du canal lombaire étroit, hypertension artérielle, HLP 2B, et d'une claudication radiculaire invalidante qui, d'après l'assuré, limitait les heures de travail comme chauffeur de taxi.
7. Le 9 novembre 2007, le Service médical régional (SMR) de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a estimé que l'assuré ne présentait aucune atteinte invalidante.
8. Par décision du 2 août 2008, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente et à des mesures professionnelles.
9. Le 18 mars 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en raison de fortes douleurs aux jambes l'empêchant de conduire plus de trente minutes.
10. Le 13 avril 2015, le docteur D_____, FMH neurologie, a rendu un rapport suite à une consultation du même jour. Il a posé le diagnostic de claudication sévère d'origine très probablement neurogène sur troubles discodégénératifs lombaires étagés avec hernie discale L5-S1 et début de canal lombaire étroit. Depuis 2007 la situation s'était progressivement aggravée ; il a proposé des investigations vasculaires, en relevant que l'atteinte lombaire semblait modérée, avec une composante herniaire en amélioration par rapport à 2006 nécessitant de s'assurer de l'absence de diagnostic alternatif.
11. Le 21 avril 2015, l'assuré a communiqué à l'OAI un rapport du 16 avril 2015 du Dr C_____, attestant d'une claudication sévère, après une heure de conduite ou 100 mètres de marche ; une IRM du 9 avril 2015 montrait une dégénérescence discale L4-S1 avec hernie discale sous-ligamentaire.

12. Le 18 juin 2015, le Dr C_____ a rempli un rapport médical AI attestant de douleurs et claudication sévère neurogène, entraînant une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle.
13. Par communication du 25 juin 2015, l'OAI a constaté que des mesures de réadaptation n'étaient actuellement pas possibles en raison de l'état de santé de l'assuré.
14. Le 5 août 2015, le Dr C_____ a attesté d'une incapacité de travail de 50 % dès le 15 juin 2015.
15. A la demande de l'OAI, le Dr C_____ a indiqué le 13 octobre 2015 que l'atteinte neurologique entraînait une incapacité de 50 % depuis le 15 juin 2015, que les limitations fonctionnelles consistaient en l'apparition de douleurs après 50/60 minutes de marche ou 1 heure de conduite et que, s'agissant de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, il renvoyait au rapport du Dr D_____.
16. Le 27 octobre 2015, le Dr D_____ a indiqué à l'OAI qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail exigible de l'assuré. L'étiologie de la claudication sévère était encore peu claire entre une origine neurogène ou vasculaire ; le canal lombaire étroit et la dégénérescence discale L5-S1 vus à l'IRM ne semblaient pas suffisants pour expliquer la symptomatologie.
17. A la demande de l'OAI, le Dr C_____ a indiqué le 9 décembre 2015 qu'un bilan angiologique avait été effectué et que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 % en raison d'une claudication sévère d'origine mixte. Il a joint le rapport du Dr E_____, FMH médecine interne-angiologie, du 9 octobre 2007 concluant à un bilan normal sans insuffisance artérielle des membres inférieurs.
18. Le 4 février 2016, l'OAI a requis, par le biais de la plateforme électronique Suisse MED@P une expertise pluridisciplinaire.
19. Le 31 octobre 2017, Suisse MED@P a informé l'OAI que le mandat était attribué au centre médical d'expertises (CEMEDex) à Fribourg.
20. A la demande de l'OAI, le Dr C_____ a communiqué une copie d'un rapport du 6 novembre 2017 du Dr E_____, après contrôle angiologique du même jour, concluant à un examen normal, permettant d'écarter l'éventualité d'une insuffisance artérielle susceptible d'expliquer la claudication.
21. Une IRM lombo-sacrée du 20 octobre 2017 a conclu à une lipomatose épidurale lombaire inférieure, la plus marquée au niveau L4-L5 où l'on notait une sténose canalaire marquée avec diamètre minimal du sac dural d'environ 5-6 mm et avec nette diminution du liquide cérébro-spinal péri-radulaire.

Au niveau L5-S1, il existait un débord discal circonférentiel avec contact radiculaire S1 droit récessal, mais sans argument formel en faveur d'un conflit disco-radulaire (sans effet de masse et sans anomalie de signal radiculaire).

22. Le 30 novembre 2016, la commission des professions médicales suisses a reconnu le diplôme de médecin français (titre postgrade en rhumatologie) du Dr F_____.
23. Le 26 mars 2018, le CEMEDex, soit les docteurs F_____, rhumatologue, G_____, médecin interne généraliste, H_____, angiologue et I_____, neurologue, a rendu son rapport d'expertise

Selon l'assuré, les lombalgies basses avec douleurs de type sciatique avaient perduré depuis l'accident de 2002 et s'étaient aggravées, en particulier dès 2006, avec des douleurs lombaires et aux mollets à la marche, jusqu'à une claudication neurologique, sévère depuis 2015. Il se plaignait de très fortes douleurs lombaires basses au repos et en activité, à prédominance droite, irradiant dans les membres inférieurs survenant à la marche et de douleurs aux hanches. La douleur dans les membres inférieurs survenait après dix minutes de marche et des douleurs lombaires après une heure de conduite, sans irradiation dans la jambe. Il travaillait quatre à cinq heures par jour. Après quinze minutes de conduite il ressentait une dysesthésie à la jambe droite. Il prenait un traitement médicamenteux.

Du point de vue de la médecine interne, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle. Du point de vue rhumatologique, l'assuré avait présenté, après un premier accident en 2002, une douleur lombaire puis, en 2006, une lombosciatique S1 droite sur hernie discale L5-S1 droite. Cet état clinique ne s'était jamais amendé mais était progressivement devenu une douleur lombaire chronique associée à une irradiation dans les jambes, essentiellement à la marche ; la marche provoquait l'apparition d'une douleur dans les mollets, de façon symétrique, puis dans le rachis lombaire et enfin dans les fesses jusqu'aux grands trochanters, obligeant l'assuré à s'arrêter ; la récupération s'effectuait lentement au bout de dix à quinze minutes et permettait alors à l'assuré de remarcher ; la dernière IRM réalisée en 2017 montrait une discopathie L5-S1 et des signes essentiellement latéralisés du côté droit ; l'existence d'une claudication neurologique intéressant les deux jambes n'était pas expliquée par les dernières images radiologiques par IRM, qui ne montraient que des signes latéralisés à droite ; il convenait donc d'expliquer cette anomalie ; celle-ci pouvait tout simplement être due au fait que l'IRM était un examen qui se réalisait en position allongée et non pas en position de fonction ; en cas d'incertitude de ce type, s'il existait une forte suspicion de canal lombaire rétréci, il convenait éventuellement de réaliser une myélographie, seul examen permettant que le sujet soit assis ou debout, et ainsi de révéler éventuellement une compression mobile ; en attendant la réalisation éventuelle de cet examen, il convenait probablement d'effectuer une infiltration épidurale, ce qui était un test thérapeutique intéressant car il n'avait pas eu d'infiltration depuis probablement une quinzaine d'années ; les limitations fonctionnelles étaient l'absence d'effort de soulèvement et de port de charges, une limitation de la marche à dix minutes ou trois cents mètres, une limitation de la position assise et du piétinement à une heure ; l'assuré devait pouvoir changer de position régulièrement ; il pouvait fournir

des efforts avec les membres supérieurs en position assise, y compris au-dessus de la ligne des épaules.

D'un point de vue neurologique, l'IRM lombaire pratiquée le 20 octobre 2017 montrait un possible conflit radiculaire S1 droit et peut-être un canal un peu rétréci en L4-5, bien que les séquences myélographiques ne paraissaient pas claires sur le CD.

En conclusion, les limitations fonctionnelles étaient d'ordre rhumatologique et neurologique, avec une claudication neurogène à trois cents mètres et une limitation de la position assise à une heure ; il n'y avait pas de limitations fonctionnelles du point de vue de la médecine interne et angiologie, les Dopplers artérioveineux effectués au cours de l'évaluation ne montrant rien d'incapacitant ; la capacité de travail de l'assuré était actuellement de 50% dans son activité actuelle, qui était plus ou moins adaptée ; elle pouvait également augmenter si un traitement plus performant était mis sur pied, après confirmation du diagnostic et sanction thérapeutique, éventuelle chirurgie, infiltrations et perte de poids ; il fallait alors compter toujours avec une diminution de rendement de 20%, liée à la nécessité de se lever et de sortir du taxi régulièrement.

S'agissant du traitement, l'assuré avait pu bénéficier d'une tentative d'infiltration à but antalgique (L4-L5) et d'approches thérapeutiques comme l'acupuncture ainsi qu'une perte de poids.

Les experts ont posé les diagnostics de claudication des membres inférieurs d'origine neurogène (G99.2) et possible léger conflit radiculaire S1 droit ; canal modérément rétréci en L4-L5.

La claudication neurogène était assez caractéristique et le canal lombaire étroit n'avait pas pu être confirmé ; cela méritait des investigations complémentaires (myélographie, myéloscan ou infiltration).

Les douleurs lombaires chroniques constituaient une limitation naturellement bien difficile à évaluer chez l'assuré ; quant à la claudication à la marche, elle semblait assez caractéristique et handicapante, tant dans les activités sociales que de loisir, (en position assise ou en mouvement).

Avant 2003, il n'y avait pas d'atteinte à la santé ; entre 2003 et 2006, l'atteinte était partielle mais pas invalidante ; dès 2006, selon l'anamnèse, cette limitation était évaluée à 50% dans son activité de chauffeur de taxi.

L'évaluation devait être complétée, de même que l'approche thérapeutique, avant de pouvoir prendre une décision définitive sur la nature précise de l'atteinte à la santé et permettre un traitement ciblé.

La capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle et de 100% avec une baisse de rendement de 20% (changement de position régulier) dans une activité adaptée ; les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'effort de soulèvement ; pas de port de charges ; marche limitée à dix minutes ou trois cents

mètres ; position assise limitée à une demi-heure ; effort des membres supérieurs en position assise possible y compris au-dessus de la ligne des épaules ; piétinement limité à une heure ; changement de position régulier.

24. Le 16 avril 2018, le Dr J_____ du SMR a rendu un rapport final subséquent selon lequel l'expertise du CEMEDex était convaincante, de sorte que la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle depuis le 15 juin 2015 et de 80% dans une activité adaptée depuis cette même date. Il n'y avait pas d'exigibilité de traitement.
25. Par projet de décision du 20 avril 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité était de 36% (revenus sans et avec invalidité fondés sur l'ESS TA1, niveau 1, homme, avec pour le revenu d'invalidité une capacité de travail de 80% et un abattement de 20% en raison de l'activité légère seule possible, des limitations fonctionnelles, de l'âge et du taux d'occupation).
26. Le 12 juin 2018, l'assuré, représenté par une avocate, a écrit à l'OAI en relevant préalablement que l'expert F_____, rhumatologue, ne bénéficiait pas d'une autorisation de pratiquer en Suisse, ce qui, après le scandale de la clinique Corela, était étonnant. Ensuite, l'expertise était critiquable à plusieurs égards.

Les experts se contredisaient en retenant une capacité de travail actuelle de 50% et une capacité de travail dans une activité adaptée de 100%, avec baisse de rendement de 20% ; on peinait à comprendre comment il pouvait travailler à 50% comme chauffeur de taxi, activité adaptée permettant d'alterner les positions assise et debout, mais à 100% dans une autre activité adaptée. Ni lui-même, ni son médecin-traitant n'avaient été informés des options thérapeutiques proposées, de sorte qu'une capacité de travail de 80%, avec diminution de rendement de 20%, ne pouvait être retenue avant de voir si le traitement avait eu l'effet escompté.

En outre, les experts avaient préconisé d'autres investigations médicales, sans que l'OAI ait fait le nécessaire pour que ces examens soient réalisés. L'OAI n'avait pas non plus examiné la nécessité de mesures de réadaptation, tel qu'un reclassement ou même une aide au placement (il n'avait pas droit à l'aide du chômage).

Compte tenu d'une incapacité de travail de 50%, son degré d'invalidité était de 60%.

Enfin, son incapacité de travail de 50% avait débuté antérieurement au 15 juin 2015, soit il y avait une dizaine d'années.

27. A la demande de l'assuré, le Dr C_____ a indiqué que le pronostic des experts du CEMEDex de porter un bas compressif était contre-indiqué, en l'absence d'artériopathie et que les traitements proposés ne permettaient pas d'augmenter la capacité de travail de l'assuré.
28. Le 19 septembre 2018, l'assuré a écrit à l'OAI que les experts attestaient d'une absence d'artériopathie obstructive des membres inférieurs, de sorte qu'on ne comprenait pas le sens du port du bas compressif.

-
29. Le 27 septembre 2018, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré avait été en arrêt de travail du 15 juillet au 1^{er} septembre 2013 ; du 27 janvier au 9 avril 2014 ; à 50% dès le 15 juin 2015 ; actuellement toujours en arrêt à 50% depuis 2015, l'assuré travaillait comme indépendant ; sa capacité d'activité réelle approchait plus des 30% que des 50% et ses revenus ne lui permettaient pas de souscrire à « une assurance maladie » ; le Dr C_____ se permettait de revenir sur les propositions thérapeutiques formulées par les experts ; en premier lieu, l'assuré n'avait pas d'artériopathie obstructive des membres inférieurs (le rapport angiologie était joint) ; de plus, il n'avait pas d'insuffisance veineuse, il n'y avait donc pas de raison de lui prescrire des bas compressifs ; quant à l'indication que l'assuré pourrait bénéficier d'une tentative d'infiltration, il rappelait aux médecins experts que tant qu'il n'y avait pas un conflit discoradiculaire, l'indication d'infiltration était nulle ; il fallait demander une contre-expertise et si possible un expert spécialisé dans ces domaines quant à ces contradictions.
30. Le 22 octobre 2018, l'assuré a écrit à l'OAI qu'aucune des options thérapeutiques proposées par le CEMEDex n'était adaptée et qu'une augmentation de sa capacité de travail n'était pas garantie. Il était incapable de travailler à 50% dans toute activité et avait donc droit à un trois-quarts de rente d'invalidité.
31. Le 12 novembre 2018, le Dr J_____ du SMR, a estimé que le Dr C_____ n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux de sorte que la fixation d'une capacité de travail de 30% était une évaluation différente d'un même état de fait.
32. Par décision du 13 novembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations en relevant que, selon le SMR, les éléments produits ne permettaient pas de modifier l'appréciation précédente ; par ailleurs, l'expert rhumatologue était au bénéfice d'une attestation de reconnaissance de son titre de médecin.
33. Le 17 décembre 2018, l'assuré, représenté par son avocate, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction médicale, plus subsidiairement, pour mise en place de mesures d'ordre professionnel.

L'expertise du CEMEDex n'était pas probante car les experts avaient admis que le dossier était incomplet, les examens complémentaires nécessaires n'ayant pas été effectués. Les experts se prononçaient sur sa capacité de travail sans être en mesure de poser un diagnostic définitif ; le traitement de port de bas compressifs et l'infiltration proposée étaient incohérents. Pour le reste, l'acupuncture et la balnéothérapie ne pouvaient être considérées comme ayant une influence durable sur sa capacité de travail. L'OAI n'avait pas exigé la soumission à un traitement de sorte que la capacité de travail était au maximum de 50% et non pas de 80%.

Il était étonnant que l'OAI considère en 2015 que son état de santé ne lui permettait pas de participer à des mesures d'ordre professionnel, mais que trois ans plus tard,

son état de santé lui permettait d'exercer une activité adaptée à 100% avec une baisse de rendement de 20%, sans nécessiter la moindre mesure de réadaptation professionnelle ; en résumé, son état de santé ne lui permettrait pas trois ans auparavant de participer à des mesures mais lui permettait actuellement de trouver un emploi dans un secteur différent de celui dans lequel il travaillait depuis plus de 35 ans, à quatre ans de la retraite, ce sans bénéficier d'aucune aide ; au moment du dépôt de la demande de prestations, il était âgé de 57 ans ; chauffeur de taxi depuis de nombreuses années, il était certes difficile pour lui d'imaginer exercer une autre activité, mais si l'OAI avait mis en place des mesures d'ordre professionnel à l'époque, il aurait été tout à fait envisageable qu'il se réoriente professionnellement, avec l'aide de l'OAI, pour les huit dernières années de vie active qu'il lui restait avant la retraite ; l'OAI avait dénié mettre en œuvre ces mesures à l'époque, considérant que son état de santé ne lui permettait pas d'y participer ; à 61 ans (le 9 janvier 2019), il semblait tardif de mettre en place de telles mesures ; par conséquent, c'était le droit à une rente qui devait être examiné, tenant compte du fait que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas possibles car elles n'auraient pas eu l'effet durable escompté ; il n'était donc pas possible d'exiger qu'il se reconvertisse professionnellement, qui plus est sans aucune aide, si proche de l'âge de la retraite.

Enfin, si l'on considérait qu'une activité à 80% était exigible, un abattement de 25% sur le revenu d'invalidité était plus approprié, compte tenu de son âge, de sa carrière uniquement de chauffeur, de ses limitations fonctionnelles et de son taux d'occupation. En conséquence, le degré d'invalidité serait de 40%. Si l'on considérait que seule une activité de chauffeur de taxi à 50% était envisageable, un abattement de 20% était justifié, de sorte que le degré d'invalidité était de 60%.

Son droit à la rente devait naître en septembre 2015, soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations du 18 mars 2015, étant donné qu'il présentait, depuis 2006, une incapacité de travail de 50%.

34. Le 28 janvier 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que l'expertise du CEMEDex retenait une capacité de travail résiduelle de 50% dans l'activité habituelle de chauffeur de taxi (ladite activité étant adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré), mais également une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20% dans une activité autre que celle de chauffeur de taxi, pour autant qu'elle respecte les limitations fonctionnelles ; s'agissant de l'abattement sur le salaire statistique, il admettait une réduction de 20% compte tenu de l'âge et des limitations fonctionnelles ; ce faisant, les autres critères habituellement admis n'entraient pas en ligne de compte (nationalité, permis, taux d'occupation) ; il n'avait ainsi pas excédé son pouvoir d'appréciation.
35. Le 27 février 2019, le recourant a répliqué, en relevant que l'OAI n'expliquait pas comment une autre activité que celle de chauffeur de taxi pouvait être exercée à 100% alors que l'activité de chauffeur de taxi, adaptée aux limitations fonctionnelles, ne pouvait être exercée qu'à 50% ; la contradiction demeurerait, sans

que l'OAI n'y apporte la moindre explication, ni ne motive pour quelle raison il fallait reconnaître pleine valeur probante à l'expertise alors qu'elle était remplie de contradictions et se basait sur une anamnèse incomplète ; l'OAI ne se prononçait pas sur les autres contradictions du dossier, en particulier sur les traitements préconisés par les experts contrairement à leurs propres constatations et contre-indiqués selon son médecin-traitant, sur leur éventuelle influence sur sa capacité de travail, sur les examens manquants et sur le diagnostic posé sur la base d'un dossier incomplet ; l'OAI ne se prononçait pas non plus sur la question des mesures d'ordre professionnel.

36. Le 25 mars 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « J'ai eu un accident en 2002, j'ai été heurté par un véhicule, et trois-quatre ans après j'ai eu des problèmes de dos. Je souffre en permanence du bas du dos. Je travaille comme chauffeur de taxi à 50 % depuis 2015. J'avais déposé une première demande à l'AI qui a été refusée en 2008. A partir de là j'ai continué de travailler comme chauffeur à environ 60 – 70 %. Je n'ai pas de certificat médical car je n'en avais pas besoin. Mon médecin, le Dr C_____, peut cependant en témoigner. Je travaille quatre à cinq heures de suite puis je rentre me reposer à la maison. J'ai mal en permanence que je sois en position assise ou debout.

L'expertise au CEMEX s'est de mon point de vue bien passée. J'ai dû arrêter le traitement de physiothérapie car cela ne me faisait aucun bien. Je suis toujours sous traitement antidouleur, quotidiennement. Je crois que le Dr C_____ a estimé que les investigations supplémentaires proposées par le CEMEX n'étaient pas utiles. Je ne sais pas si, à mon âge, des mesures d'ordre professionnel auraient un sens. Je vois le Dr C_____ environ une fois par mois.

J'ai besoin d'une heure le matin pour me mettre en route avant d'aller travailler. Je dois prendre une douche et mes médicaments. J'ai beaucoup de douleurs et des raideurs dans le corps. Je suis réveillé facilement deux fois par nuit en raison des douleurs. C'est la position couchée qui me convient le mieux. Dans mon travail je n'accepte pas de faire des longues courses, soit des courses de plus d'une heure. J'ai une amie qui vient me faire le ménage car je ne le fais pas moi-même. Pour les courses, j'y vais tous les jours de sorte que j'achète peu de course. Aucun gestionnaire de l'AI n'a discuté avec moi de mesures professionnelles. Il y a douze ans, lors de ma première demande, j'aurais peut-être pu suivre des mesures professionnelles ».

Le représentant de l'intimé a déclaré : « Il y a une différence du taux de capacité de travail mentionné par les experts, soit 50 % comme chauffeur de taxi et 80 % dans une activité adaptée, car l'activité de chauffeur de taxi n'est pas considérée par les experts comme étant totalement adaptée. Les options thérapeutiques sont proposées pour améliorer la capacité de travail dans l'activité habituelle, mais la capacité de

travail de 80 % dans une activité adaptée existe même en l'absence de mise en œuvre des thérapies. Le gestionnaire du dossier du recourant n'a pas soumis celui-ci au service de réadaptation. Il n'y a donc pas de rapport de ce service s'agissant d'une éventuelle mesure de réadaptation professionnelle. S'agissant de la réponse au recours elle s'est concentrée sur un droit à la rente, lequel était demandé, contrairement à une mesure d'ordre professionnel ».

37. Le 25 mars 2019, la chambre de céans a soumis aux parties un projet de questions à poser aux experts du CEMEDex.
38. Le 1^{er} avril 2019, le recourant a communiqué les questions complémentaires qu'il souhaitait adresser aux experts.
39. Le 2 avril 2019, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de question complémentaire à poser.
40. A la demande de la chambre de céans, les Drs F_____, rhumatologue, I_____, neurologue, et la Dresse K_____, directrice médicale, du CEMEDex ont complété leur expertise le 17 avril 2019.

L'assuré était incapable de travailler à 50 % dans son activité habituelle de chauffeur de taxi depuis 2006. Cette activité était partiellement adaptée ; de manière générale, le chargement de valises dans le coffre du taxi était inconstant et d'un poids le plus souvent limité. Ils estimaient que l'assuré, qui travaillait à titre indépendant (depuis 1989) et était surtout gêné à la marche, était en droit de renoncer à des trajets excédant une heure - une heure trente, et que, entre deux courses, il avait la possibilité de faire quelques pas, de se dérouiller. Elle était partiellement adaptée car le choix de varier les positions était restreint. La capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée était exigible depuis 2006 et sans mesure médicale préalable. Ils avaient conseillé les mesures de prévention faites à toute personne présentant un syndrome métabolique et, concernant le bas de contention, à un sujet dont le syndrome post thrombotique était certes discret, mais qui marchait peu. Le médecin traitant, qui n'était pas spécialiste en la matière mais pratiquait la médecine interne générale, n'avait pas pu préciser l'origine de la claudication, raison principale de l'expertise attribuée au CEMEDex ; l'IRM d'octobre 2017 n'excluait pas un possible conflit discoradiculaire. L'évaluation de la capacité de travail pouvait être confirmée, malgré l'absence d'investigation médicale complémentaire car celle-ci permettrait probablement de mieux préciser l'atteinte mais ne signifiait pas qu'il existait une solution thérapeutique indiquée, simple et non risquée. Il n'y avait pas de doute sur le bien-fondé des plaintes ; seul un éventuel traitement pourrait réduire les limitations fonctionnelles mais pourrait aussi détériorer la situation. S'agissant de mesure de réadaptation, compte tenu de l'âge de l'assuré et de son habitude d'un travail indépendant, le statu quo paraissait la meilleure solution.

41. Le 2 mai 2019, la Dresse L_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel les experts avaient expliqué avec clarté que la différence du taux d'évaluation de la

capacité de travail dans l'activité habituelle de chauffeur (50 %) versus la capacité de travail dans une activité adaptée (100 % avec diminution de rendement de 20 %), était lié au fait que l'activité habituelle n'était pas considérée par les experts comme étant totalement adaptée. L'évaluation de la capacité de travail effectuée par les experts emportait la conviction du SMR qui maintenait ses conclusions.

42. Le 13 mai 2019, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR et a maintenu ses conclusions.
43. Le 15 mai 2019, le recourant a observé qu'en examinant le complément du CEMEDex, il apparaissait que l'activité de chauffeur de taxi, bien que seulement partiellement indiquée, restait la seule activité raisonnablement exigible du recourant, à 50 % ; on ne pouvait que suivre l'avis des experts sur l'absence de pertinence de la mise en œuvre de mesure de réadaptation, compte tenu de l'activité de chauffeur exercée depuis plus de 35 ans, de son âge, des douleurs permanentes et des limitations fonctionnelles ; l'OAI n'avait jamais examiné la nécessité de mettre en place des mesures professionnelles ; c'était donc le statu quo, préconisé par les experts, qui était la solution la plus adaptée ; si la chambre de céans devait considérer que des mesures professionnelles étaient opportunes, le dossier devrait être renvoyé à l'OAI.
44. Sur quoi la cause a été 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. 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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail et le taux de la déduction appliqué sur le revenu d'invalidé pris en compte.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
6. 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).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. 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.
8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré

est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

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

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004

consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

11. a. 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; ATF 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 ATF 128 V 174).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation

dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

c. Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

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 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et

les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

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. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que 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). Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10 % dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2).

Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement mieux rémunéré que le travail à temps partiel; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_49/2018 du 8 novembre 2018 consid. 6.2.2.2). Cela étant, si selon les statistiques, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne perçoivent souvent pas un revenu moins élevé proportionnellement à celles qui sont occupées à plein temps (cf., p. ex., arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.2), la situation se présente différemment pour les hommes; 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).

d. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5).

12. 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. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2).

Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

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

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une

formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

14. a. En l'occurrence, l'intimé a nié tout droit à une rente au recourant, en constatant que son degré d'invalidité était de 36 %, compte tenu des conclusions de l'expertise du CEMEDex du 26 mars 2018 selon lesquelles une activité était exigible du recourant depuis 2006, adaptée à ses limitations fonctionnelles, à un taux de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 %.

Quant au recourant, il estime que l'expertise du CEMEDex doit être interprétée dans le sens que l'activité la plus adaptée est celle actuellement exercée de chauffeur de taxi, à un taux maximum de 50 %, de sorte qu'il a droit à un trois-quarts de rente d'invalidité.

b. Le rapport d'expertise du CEMEDex précité, complété le 17 avril 2019, comprenant une analyse du dossier du recourant, ses plaintes, une description de ses activités quotidiennes, ses données personnelles, familiales et socio-professionnelles, des examens de médecine interne, rhumatologique, angiologique et neurologique, une synthèse et discussion interdisciplinaire et des conclusions claires sur la capacité résiduelle de travail du recourant, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

Les parties se rallient d'ailleurs aux conclusions de l'expertise. Le recourant est ainsi capable d'exercer, depuis 2006, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à un taux de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 % et l'activité de chauffeur de taxi à un taux de 50 %.

Contrairement à l'avis du recourant, il n'y a pas de motif qui permettrait de retenir préférentiellement l'exigibilité d'une activité de chauffeur de taxi exercée à 50 % plutôt que l'activité adaptée précitée, étant relevé que les experts ont précisé que l'activité de chauffeur de taxi n'était que partiellement adaptée à l'état de santé du recourant, ce qui justifiait que le taux de travail exigible était seulement de 50 %

(rapport d'expertise complémentaire du 17 avril 2019), alors qu'il était de 100 % dans une activité adaptée.

Le recourant doit donc être reconnu capable de travailler à 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès l'année 2006.

c. Les griefs du recourant émis à l'encontre du rapport d'expertise ne sont pas à même de remettre en cause la valeur probante de celui-ci.

Le recourant a tout d'abord reproché aux experts de préconiser des examens complémentaires qui n'ont pas été effectués, de sorte que leur expertise serait incomplète. Or, dans leur complément d'expertise du 17 avril 2019, les experts ont souligné qu'il n'y avait pas de doute sur le bien-fondé des plaintes du recourant, de sorte que des investigations complémentaires, si elles permettraient de préciser l'atteinte, ne pourraient remettre en cause les limitations fonctionnelles retenues.

Ensuite, la question de la pertinence des traitements proposés par les experts, critiquée par le recourant, peut rester ouverte, l'intimé n'ayant pas imposé au recourant un traitement exigible.

Enfin, s'agissant de la capacité de travail du recourant, contrairement à l'avis de celui-ci, il n'y a pas de contradiction entre une capacité de travail exigible dans l'ancienne activité à un taux de 50 % et une capacité de travail exigible dans une activité adaptée à un taux de 80 %, les experts ayant précisé et confirmé, dans leur complément d'expertise du 17 avril 2019, que la première n'était que partiellement adaptée à l'état de santé du recourant.

d. S'agissant de l'exigibilité d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé du recourant, au regard de l'âge de celui-ci, il convient de constater que la question doit s'examiner au jour où le rapport du CEMEDex a été rendu, soit le 26 mars 2018, moment où il a été constaté que le recourant pouvait exercer une activité adaptée, du point de vue médical. Or, à cette date, le recourant avait 60 ans. Compte tenu de la jurisprudence précitée, une analyse globale de la situation aurait dû être faite par l'intimé pour déterminer si le recourant disposait de la capacité d'adaptation suffisante pour se reconvertir, ayant exercé la profession de chauffeur de taxi pendant de longues années et les experts du CEMEDex semblant douter de la capacité d'adaptation du recourant, en prônant le statu quo (rapport d'expertise complémentaire du 17 avril 2019).

La cause doit en conséquence être renvoyée à l'intimé dans ce sens.

Au surplus, si une activité devait encore être exigible du recourant, il convient de constater ce qui suit concernant le calcul du degré d'invalidité du recourant.

Il convient tout d'abord de relever que le recourant n'a pas contesté la prise en compte par l'intimé d'un même revenu issu de l'ESS, TA 1, niveau 1, sans et avec invalidité, en considérant qu'il était difficile de déterminer avec précision le revenu sans invalidité du recourant, lequel était manifestement en dessous de ce qu'il était en mesure de réaliser. Cette appréciation doit être confirmée.

Quant à la déduction de 20 % appliquée par l'intimé, déjà importante compte tenu du fait que les limitations fonctionnelles ont déjà été prises en compte dans la diminution de rendement de 20 % retenue par les experts, elle n'est pas critiquable. Comme relevé par l'intimé aucun autre critère ne permet de l'augmenter au taux maximum de 25 %.

Le taux d'invalidité serait ainsi de 36 % (activité exigible à un taux de 80 %, avec une déduction de 20 %), de sorte que le recourant n'aurait pas droit à une rente d'invalidité. En revanche, un tel taux donne, en principe, le droit à des mesures d'ordre professionnel, en particulier à un reclassement. Cette question n'ayant pas été examinée tant par l'intimé, dont son représentant a indiqué en audience que le dossier du recourant n'avait pas été soumis du tout au service de réadaptation, il convient, également sous cet angle, de renvoyer la cause à l'intimé pour examiner si une telle mesure se justifie, tant sous l'angle de l'aptitude objective et subjective du recourant à une réadaptation, après avoir préalablement examiné, comme exposé ci-dessus, s'il est exigible du recourant, âgé de 60 ans au moment où l'expertise du CEMEDex a été rendue, de se réadapter professionnellement.

Dans le cas contraire, il incombera à l'intimé d'effectuer le calcul du degré d'invalidité du recourant sur la base de l'activité de chauffeur de taxi actuellement exercée par celui-ci.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 13 novembre 2018 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour examiner si une activité adaptée est exigible du recourant, cas échéant si la mise en place d'une mesure d'ordre professionnel se justifie, dans le cas contraire pour nouveau calcul du degré d'invalidité du recourant, sur la base de son revenu en tant que chauffeur de taxi à 50 %.
16. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement
3. Annule la décision de l'intimé du 13 novembre 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé, dans le sens des considérants.
5. Alloue une indemnité de CHF 2'000.- au recourant, à 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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