

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/920/2025

ATAS/884/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 novembre 2025

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

Représenté par Me Mirolob VOUTOV, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,
juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, a travaillé en tant que préparateur-livreur.
- b.** En avril 1997, l'assuré a subi un accident, lequel a entraîné une fracture du pilon tibial gauche et de la malléole externe, ce qui a conduit à une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. L'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) lui a alloué un reclassement en tant que sertisseur du 3 novembre 2000 au 30 avril 2002. À l'issue de cette formation, l'assuré a trouvé un emploi dans une entreprise de sertissage, son revenu dans cette activité excluant toute invalidité.
- c.** Selon son extrait de compte individuel, l'assuré a réalisé des revenus de CHF 128'446.- en 2018, CHF 124'307.- en 2019, CHF 119'374.- en 2020 et CHF 132'093.- en 2021.
- d.** Le 2 mai 2014, l'assuré a consulté le docteur B_____, spécialiste en chirurgie de la main. Il présentait des douleurs et une gêne fonctionnelle des deux pouces. L'articulation trapézo-métacarpienne était instable. Il y avait une synovite du tendon fléchisseur avec un ressaut au pouce gauche, et une infiltration serait réalisée.
- e.** Dans un rapport du 23 mars 2020, le docteur C_____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de très probable syndrome des loges chronique sans signe de neuropathie périphérique associée, qu'il fallait impérativement investiguer. L'assuré se plaignait depuis environ cinq ans de douleurs des pouces accompagnées de blocages, sous forme vraisemblablement d'un ressaut à gauche. L'infiltration réalisée ne l'avait pas aidé. Depuis 18 mois, l'assuré signalait la survenance progressive et de plus en plus gênante d'engourdissements constants des trois derniers doigts et des avant-bras. Il avait l'impression d'une perte de force de l'ordre de 50%, et faisait très souvent tomber les objets. L'ouverture des bouches et des bouteilles était par exemple difficile, et il ne pouvait plus jouer au piano plus de 15 minutes. Il avait nettement diminué son activité physique. L'examen neurologique des membres supérieurs était cliniquement normal, hormis un signe de Tinel légèrement positif des deux côtés. L'électroneuromyogramme (ENMG) était parfaitement rassurant.
- f.** Le 16 novembre 2021, la docteure D_____, spécialiste en médecine interne, a attesté que l'assuré devait mettre un terme à son travail en tant que sertisseur pour des raisons médicales.
- g.** L'assuré a subi un accident en tombant dans les escaliers, lequel a entraîné une incapacité de travail totale du 26 novembre au 6 décembre 2021. Une radiographie du poignet gauche réalisée le 29 novembre 2021 a permis d'exclure une lésion traumatique.

h. L'assuré a poursuivi son travail de sertisseur jusqu'au 31 décembre 2021, date à laquelle il a démissionné. Il s'est annoncé à l'assurance-chômage en janvier 2022.

i. Dans une attestation du 4 janvier 2022, le docteur E_____, spécialiste en médecine physique, a certifié que l'assuré avait dû interrompre son activité professionnelle au 31 décembre 2021, cet emploi n'étant plus exigible en raison d'un problème médical des membres supérieurs. Il était primordial de réorienter l'assuré dans une activité sollicitant moins ses bras et ses avant-bras.

B. a. Le 7 janvier 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, tendant à un reclassement, en raison d'un syndrome des loges depuis 2019.

b. Dans un rapport du 18 mars 2022, le Dr E_____ a fait état d'une incapacité de travail totale depuis 2022 dans le métier de sertisseur. Les limitations fonctionnelles consistaient à éviter le travail en force ou répétitif avec les membres supérieurs. L'assuré présentait une douleur chronique d'effort des deux avant-bras dans le contexte d'un syndrome des loges chronique fortement suspecté. Le pronostic de reprise du travail était excellent dans une activité adaptée.

c. Dans un rapport du 11 avril 2022, la Dre D_____ a indiqué que l'atteinte à la santé était une forte suspicion d'un syndrome des loges du membre supérieur depuis environ 2018. Tout travail de force répété avec les bras était contre-indiqué. L'assuré avait donné sa démission car il ne parvenait plus à travailler en tant que sertisseur en raison des douleurs. Il présentait des douleurs permanentes des bras, une perte de force et des troubles sensitifs s'aggravant à l'effort. Le pronostic était bon dans une activité adaptée. La capacité de travail était totale dans une activité adaptée dès la résolution de l'affection actuelle. L'assuré était très demandeur d'une réadaptation. Les tâches ménagères étaient difficiles.

d. L'assuré a suivi une mesure auprès de la Fondation IPT durant un mois dans le cadre du chômage. Selon les renseignements médicaux mentionnés dans le rapport du 5 juillet 2022 de cette fondation, l'assuré pouvait reprendre une activité à temps complet, sans travail forcé et répétitif avec ses avant-bras. Il ne pouvait reprendre l'activité de sertisseur, et une opération était planifiée.

e. Selon un rapport du Dr E_____ du 7 octobre 2022, la situation au niveau des membres supérieurs était inchangée. Le Dr B_____ avait évoqué une ténosynovite de symptômes, liée à un canal carpien, et éventuellement un syndrome des loges des fléchisseurs. L'assuré avait bénéficié d'une mesure de pression des loges auprès du docteur F_____ au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Celle-ci était clairement pathologique, avec des pressions en effort immédiat à plus de 100 mmHg, redescendant ensuite pour se stabiliser entre 28 et 30 mmHg, soit bien au-delà des pressions normales de repos, généralement situées entre 15 et 18 mmHg. Il existait ainsi certainement un syndrome des loges, qui se confondait avec une symptomatologie hybride de surcharge tendineuse et

d'une neuropathie au canal carpien. Il était ainsi très compliqué de mettre en place un traitement spécifique et de proposer une chirurgie de décompression des loges, dès lors qu'il n'était pas certain que cette intervention puisse éliminer l'intégralité des douleurs. Après discussion avec le Dr F_____, un traitement par injection de toxines botuliques dans les loges serait tenté et pourrait servir de traitement d'épreuve en vue d'une éventuelle intervention complémentaire des loges musculaires, qui pourrait alors être réalisée en 2023. Néanmoins, à l'heure actuelle, l'assuré était incapable de reprendre son activité.

f. Dans un rapport du 11 janvier 2023, la docteure G_____, alors collaboratrice du Dr B_____, a indiqué que l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce était stable et douloureuse lors de la pression. Il existait un nodule sous la poulie A1 avec des phénomènes de blocage témoignant d'une synovite de la gaine du fléchisseur. L'aspect clinique paraissait inchangé par rapport à 2014. L'assuré relatait des paresthésies dans les doigts longs avec des réveils nocturnes. Le diagnostic clinique de synovite mécanique de la gaine des fléchisseurs au poignet apparaissait assez clair, associé à une synovite de la gaine du fléchisseur. Ceci était à l'origine d'un manque de force. L'assuré décrivait des douleurs aux avant-bras rythmées par des mouvements répétitifs à l'origine de crampes, lesquelles pourraient entrer dans le cadre d'un syndrome de l'effort. L'assuré avait eu une prise de pression au niveau des loges, montrant une pression normale. L'examen clinique du poignet droit était relativement symétrique, mais le phénomène compressif était moins intense et sans ressaut associé. Elle a mentionné une infiltration du tunnel carpien gauche en juillet 2022 et une infiltration de toxines botulique en octobre 2022. Depuis la première consultation en 2014, les douleurs s'étaient étendues avec un manque de force et une gêne dans l'activité quotidienne. Les symptômes de l'assuré pouvaient le déranger dans le travail de précision et entraîner des douleurs et des paresthésies selon les positions de travail et une diminution de la force. Du point de vue de la chirurgie de la main, il était en mesure de reprendre son activité professionnelle, sous réserve d'une modification de son poste de travail, de la fatigabilité et de la diminution de la force. La capacité de travail devait être évaluée lors du prochain contrôle, de même que l'indication à une prise en charge chirurgicale. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, la reprise pourrait se faire progressivement, mais serait repoussée en cas d'intervention.

g. Dans un rapport du 26 janvier 2023, la Dre D_____ a notamment signalé une aggravation des douleurs musculaires diffuses. Aucun effort physique n'était possible actuellement, et l'assuré devait faire son ménage de manière fractionnée. Elle a conclu à une incapacité de travail totale même dans une activité adaptée.

h. Un électroneuromyogramme (ENMG) réalisé le 12 janvier 2023 n'a pas mis en évidence de signes d'atteinte nerveuse, périphérique, musculaire ou du système nerveux central chez l'assuré.

i. Dans un rapport du 24 août 2023, le docteur H_____, spécialiste en psychiatrie, a diagnostiqué une réaction dépressive prolongée invalidante (F 43.2). Il suivait l'assuré depuis le 6 février 2023. Plusieurs traitements avaient été tentés mais s'étaient soldés par des échecs. La compliance était bonne, mais l'évolution et le pronostic étaient mauvais. L'anxiété, la fatigabilité et les douleurs avaient un impact sur la capacité de travail. L'état de santé avait des répercussions dans les activités courantes de la vie. L'assuré ne décrivait pas de ressources mobilisables dans son environnement, et la présence de son fils adulte, sans véritable activité lucrative, l'inquiétait beaucoup. Selon le psychiatre, la capacité de travail était nulle.

j. Dans un rapport du service de neurologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 4 septembre 2023, les médecins ont décrit un tableau de perte de force avec des douleurs musculaires progressives depuis 2013, affectant surtout les membres supérieurs. Il n'y avait pas d'arguments pour une myopathie d'origine infectieuse, auto-immune ou toxico-métabolique. Du point de vue neurologique, il n'y avait pas de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, sauf dans les travaux demandant de l'endurance musculaire ou des travaux physiques soutenus.

k. Le 30 novembre 2023, le département diagnostique des HUG a retenu, en l'absence d'anomalies objectives lors des différents examens, qu'il n'y avait pas d'indication à une analyse génétique à la recherche d'une amyloïdose.

l. Le 11 décembre 2023, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'une expertise psychiatrique et neurologique serait organisée auprès du CENTRE MÉDICAL EXPERTISES (ci-après : CEMEDEX) et lui a communiqué les questions de l'expertise. Il lui a précisé le 11 janvier 2024 que les experts désignés étaient les docteurs I_____ et J_____, respectivement spécialistes en neurologie et en psychiatrie.

m. Ces experts ont rendu leur rapport le 12 mars 2024. Dans leur évaluation consensuelle, ils ont noté que l'assuré se plaignait de ne pouvoir pratiquer ses activités sportives et quotidiennes, d'un pessimisme et d'une très grande fatigue. Il n'y avait pas de diagnostic neurologique et par conséquent pas de limitation fonctionnelle de cet ordre. Les diagnostics étaient ceux de neurasthénie (F 48.0), d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F 32.00), et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F 10). Les limitations fonctionnelles, exclusivement psychiatriques, étaient décrites comme suit : « pas de pression de rendement et pas de gestion du stress ». L'activité habituelle était adaptée. La capacité de travail au plan psychiatrique avait été complète jusqu'au 6 février 2023, et était dès cette date de 70% - soit une baisse de rendement de 30% sur un taux horaire complet. La capacité de travail était complète depuis toujours au plan neurologique. Les chances d'amélioration étaient moyennes et ne seraient pas perceptibles avant douze mois. L'arrêt de la

consommation d'alcool était impératif. Un traitement antidépresseur devait être retenté après psychoéducation.

Dans l'expertise psychiatrique, le Dr J_____ a relaté que l'assuré avait beaucoup apprécié son travail de sertisseur, ses douleurs l'ayant néanmoins contraint à démissionner en décembre 2021. Il avait souhaité se réinsérer, mais son état avait continué à se dégrader. Depuis six à sept mois, il disait ne plus rien pouvoir faire, même la marche étant devenue difficile en raison des douleurs. L'assuré décrivait qu'il avait eu une relation extraordinaire avec son fils. Il était en couple, mais ne vivait pas avec sa compagne. Il avait eu des amis, mais s'était isolé avec le temps. Alors qu'il était auparavant sportif, il ne faisait plus de sport. Il continuait à marcher environ une heure toutes les deux semaines. Il habitait seul. Il se réveillait habituellement à 6 heures mais se levait désormais entre 8 heures et 8 heures 30. Il s'occupait un peu du ménage, ce qui lui prenait la moitié de la journée. Il se préparait à manger, son appétit étant conservé. Il se couchait vers 17 ou 18 heures. Il pouvait dormir jusqu'au lendemain matin. Il était parti en vacances en juillet 2023 au Portugal. Les week-ends, sa compagne et lui allaient marcher environ deux heures dans différents endroits qu'ils rejoignaient en voiture. L'assuré présentait une tristesse depuis décembre 2023, à la suite de l'annonce de l'absence de traitement complémentaire par le médecin de la consultation de la douleur. Il était de plus en plus anxieux. Il était méfiant. Il voyait désormais le Dr H_____ de manière occasionnelle seulement. Le bilan biologique avait retrouvé un taux de CDT (Transferrine déficiente en glucides) de 3%, indicateur d'une consommation chronique d'alcool. Le Dr J_____ a retenu des incohérences en lien avec la neurasthénie. L'assuré se sentait anormalement fatigué et avait des douleurs vécues comme extrêmes, mais il ne se rendait pas compte qu'il était capable de réaliser la plupart des tâches de la vie quotidienne. Il avait abandonné la plupart de ses activités sociales sportives, alors qu'il ne présentait pas de signe manifeste de la douleur lors de l'entretien. Il y avait une incohérence dans la négation de la consommation d'alcool. L'épisode dépressif léger retenu se manifestait par une humeur triste, une baisse de l'élan vital, des idées suicidaires passives parfois, avec surtout un très fort pessimisme. Il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur ni de perte d'appétit, et les troubles du sommeil n'étaient pas constants. L'expert ne retenait pas de syndrome douloureux somatoforme persistant, car les douleurs étaient associées à une fatigue importante. La neurasthénie était caractérisée par une fatigue accrue après des efforts, avec une diminution des performances professionnelles et des tâches du quotidien. L'assuré était persuadé que son état s'aggraverait. Il n'acceptait pas les conclusions rassurantes des médecins. L'expert considérait que l'assuré présentait une rigidité de fonctionnement avec la conviction inébranlable d'être atteint d'une pathologie qui irait en s'aggravant. Ce caractère rigide s'expliquait par la neurasthénie qui envahissait le champ de pensée. Pour le Dr J_____, l'assuré ne refusait pas les traitements, et la neurasthénie était à l'origine de son refus inconscient de l'efficacité du traitement. Les antidépresseurs avaient tous été

inefficaces, et l'expert considérait qu'il y avait ainsi une résistance au traitement, favorisée par la neurasthénie. Cela était potentiellement également lié à la consommation d'alcool. Le traitement devait être avant tout psychothérapeutique, et le sevrage était essentiel. La diminution de la capacité de travail au plan psychique était retenue dès le 6 février 2023, date de début du suivi. L'assuré avait une capacité plus importante qu'il l'imaginait et pourrait reprendre une activité à 70%. La baisse de rendement de 30% persistait, car il restait profondément envahi par ses symptômes.

Dans l'expertise neurologique, l'expert a noté dans l'anamnèse la laxité de l'articulation évoquée par le Dr B_____, la mesure de pression des loges réalisée en 2022 et le rapport de la Dre G_____. Il a conclu son rapport en notant qu'en résumé, à plus de dix ans d'évolution, l'examen neurologique ne montrait pas d'amyotrophie au niveau des muscles, des ceintures ou des extrémités. Il n'y avait pas de signe d'atteinte oculaire, faciale ou bulbaire. L'assuré ne présentait pas de fatigabilité musculaire, pas de fatigue et pas de réaction myotonique. Un syndrome du tunnel carpien n'avait pas été confirmé. Il n'y avait pas d'arguments pour une myopathie ou un trouble neuromusculaire. Partant, le Dr I_____ ne retenait aucun diagnostic ou limitation fonctionnelle dans son domaine de compétence.

n. Dans un avis du 18 mars 2024, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a repris les diagnostics et la capacité de travail définis par les experts.

o. Le 6 mai 2024, l'OAI a procédé au calcul d'invalidité du recourant. S'agissant du salaire avec invalidité, il s'est fondé sur le revenu tiré de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) 2020, tableau TA1_tirage_skill_level, Ligne 26, dans un niveau de compétence 3, soit CHF 8'204.- par mois. Indexé à 2023 et à la durée normale de travail de 40.6 heures dans ce domaine, et compte tenu d'une diminution de rendement de 30%, le revenu annuel était de CHF 69'641.-. Le salaire sans invalidité était déterminé sur le même revenu statistique, et s'élevait à CHF 99'488.- par an. La perte de gain était ainsi de 30%. En 2024, le degré d'invalidité était de 37%, compte tenu d'une réduction forfaitaire supplémentaire de 10% sur le revenu avec invalidité, ainsi abaissé à CHF 62'670.-.

p. Le 15 mai 2024, l'intimé a adressé un projet de décision à l'assuré, lui refusant le droit à des prestations. Le degré d'invalidité n'ouvrait pas le droit à une rente, et des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas de nature à réduire le dommage.

q. Le 11 juin 2024, l'assuré, par son mandataire, a contesté le projet de décision. Il s'est dit en incapacité totale de travailler en raison de ses douleurs. Aucun diagnostic précis n'avait encore pu être établi pour expliquer ses symptômes, mais les investigations se poursuivaient. Il a sollicité la suspension de la procédure dans l'attente de ces analyses.

r. Dans une lettre de sortie du 25 novembre 2024, les médecins de la clinique N_____ ont mentionné que l'assuré y avait séjourné du 1^{er} au 21 novembre 2024 en raison d'une décompensation anxieuse et dépressive sur fond d'épuisement psychiatrique prolongé. À l'entrée, il présentait une tristesse, une anxiété, des sensations douloureuses diffuses dans tout le corps, une baisse de l'estime de soi, un sentiment de désespoir, des troubles du sommeil et de l'appétit, et une perception de l'avenir pessimiste. Le diagnostic était celui de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne (F 33.1), le diagnostic secondaire de somatisation (F 45) étant également posé. Les plaintes étaient surtout centrées sur les douleurs diffuses. Un traitement par Saroten avait été introduit, dont l'assuré avait ressenti les effets bénéfiques après quelques jours, avec un sentiment de mieux-être par rapport au sommeil, au moral et même aux plaintes douloureuses.

s. Dans une attestation du 29 janvier 2025, les docteurs K_____ et L_____, spécialistes en psychiatrie, et M_____, psychologue, ont attesté d'un suivi psychiatrique régulier de l'assuré en lien avec un trouble récurrent dépressif moyen avec syndrome somatique (F 33.11) et des troubles douloureux somatoformes persistants (F 45.4). La capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée du point de vue somatique depuis novembre 2024, en raison de troubles de la concentration, d'un ralentissement psychomoteur modéré et d'un isolement social partiel. L'assuré pourrait bénéficier d'une mesure à 100% dans un atelier protégé, ce qui pourrait améliorer le pronostic.

t. Dans un avis du 11 février 2025, le SMR a indiqué qu'il ne pouvait suivre les conclusions des psychiatres traitants, dès lors que les troubles étaient de degré modéré, et aucun trouble de la concentration ni ralentissement psychomoteur n'avaient été constatés lors de l'hospitalisation à la clinique N_____. Les limitations fonctionnelles déjà retenues tenaient compte des troubles, et l'activité habituelle pouvait être considérée comme adaptée.

u. Par décision du 11 février 2025, l'OAI a confirmé les termes de son projet. Les nouveaux éléments médicaux ne modifiaient pas sa précédente appréciation.

- C. a. Le 14 mars 2025, l'assuré, par son mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a conclu, préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours dès réception de la décision de l'assistance juridique, subsidiairement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours ; principalement à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% et de mesures d'ordre professionnel ; subsidiairement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 40% au moins et de mesures d'ordre professionnel ; plus subsidiairement à ce qu'une nouvelle expertise médicale soit mise en œuvre pour déterminer son taux d'invalidité ; encore plus subsidiairement au renvoi à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants, le tout sous suite de dépens en cas de refus de l'assistance juridique.

Il a indiqué que son psychiatre, le Dr L_____, pourrait éclairer la chambre de céans sur ses atteintes à la santé psychique. L'intimé n'avait pas pris en compte les différentes atteintes à la santé et n'avait pas expliqué pourquoi les éléments médicaux nouveaux produits après son projet de décision ne modifiaient pas son appréciation. Sa décision était insuffisamment motivée en tant qu'elle n'expliquait pas pourquoi le degré d'invalidité n'atteignait pas 40%. Elle n'expliquait pas non plus quelles étaient les atteintes prises en considération, alors que l'expertise n'avait pas tenu compte de certains diagnostics. Si tel avait été le cas, un degré d'invalidité de 40% au moins aurait dû être admis. Les autres documents à produire devraient attester d'une incapacité de gain de 50%. Au vu de son expérience importante dans son milieu professionnel, une mesure de réadaptation devait être octroyée au recourant, ou une rente d'invalidité de 50% si cette mesure ne se justifiait pas.

b. Par décisions du 6 mai et du 2 septembre 2025, la présidente du Tribunal civil a accordé l'assistance juridique au recourant.

c. Dans sa réponse du 23 avril 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours. S'agissant de la motivation de sa décision, il a soutenu que ses explications étaient claires. L'expertise des Drs I_____ et J_____ avait valeur probante. Aucun élément objectif n'avait été ignoré dans l'appréciation de la capacité de travail du recourant.

d. Par réplique du 21 juillet 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions, en concluant en outre formellement à l'audition du Dr L_____. Il a pour le surplus repris les moyens développés dans son recours, reprochant notamment à l'intimé de ne pas avoir pris en compte le syndrome des loges et la synovite diagnostiqués, et a contesté la valeur probante de l'expertise. Au plan psychologique, le trouble dépressif léger admis par l'expert ne correspondait pas au trouble dépressif récurrent retenu par les médecins de la clinique N_____. Il a derechef soutenu que la décision était insuffisamment motivée.

e. Dans sa duplique du 2 septembre 2025, l'intimé a également persisté dans ses conclusions. Il a cité l'expertise et exposé que son service de réadaptation considérait que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées.

f. Par écriture spontanée du 30 septembre 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a soutenu que son manque d'énergie était corrélé par les éléments objectifs du dossier, et la Dre D_____ excluait toute capacité de travail. Le Dr E_____ considérait que des mesures de réadaptation étaient indiquées. L'intimé ne s'était pas prononcé sur le fait qu'il n'avait pas tenu compte du syndrome des loges, de la synovite et de ses troubles psychologiques.

g. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le recours porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.
3. Il convient en premier lieu d'examiner le grief du recourant quant au défaut de motivation allégué de la décision.

Le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par les art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale (Cst. – RS 101) implique notamment, pour l'autorité, l'obligation de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et afin que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté, même si la motivation présentée est erronée (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_1331/2021 du 11 octobre 2022 consid. 1.1).

En l'espèce, le recourant a eu accès au dossier et pris connaissance de l'expertise et de l'avis du SMR. Il est ainsi en mesure de comprendre sur quelles bases et en fonction de quels diagnostics l'intimé a rendu la décision querellée. Les éléments du calcul du degré d'invalidité lui ont également été communiqués. Par conséquent, son grief quant au défaut de motivation tombe à faux.

4. La LAI a connu une novelle le 19 juin 2020, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Dans ce cadre, le système des quarts de rente jusque-là applicable a été remplacé par un système linéaire de rentes (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'assurance-invalidité], FF 2017 2442).

L'art. 28b LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 dispose que la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). L'al. 4 détaille les taux de rente correspondant aux degrés d'invalidité entre 40% et 50%.

Selon la jurisprudence, lorsque la décision dont est recours a été rendue après le 1^{er} janvier 2022, il y a lieu conformément aux principes de droit intertemporel généralement applicables (cf. sur ce point ATF 144 V 210 consid. 4.3.1) de déterminer en vertu du droit applicable jusqu'au 31 décembre 2021 si un droit à la rente est né avant cette date. Lorsque le droit à la rente est né après cette date, le

nouveau droit est applicable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2). En l'espèce, dès lors que l'éventuel droit à la rente naîtrait au plus tôt six mois après le dépôt de la demande (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), soit en juillet 2022, le nouveau droit est applicable.

5. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et les mesures d'ordre professionnel, lesquelles englobent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital.

5.1 L'art. 14a LAI précise que l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (al. 1). Sont considérées comme mesures de réinsertion les mesures ciblées ci-après qui visent la réadaptation professionnelle : les mesures socioprofessionnelles (let. a) ; et les mesures d'occupation (let. b) (al. 2).

5.2 L'art. 15 LAI dispose que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

5.3 Aux termes de l'art. 17 al. 1 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. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_308/2021 du 7 mars 2021 consid. 7.3 et les références).

5.4 Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à

20% (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_128/2022 du 15 décembre 2022 consid. 7.3).

6. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

6.1 Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. En effet, selon l'expérience générale, la dernière activité aurait été poursuivie sans atteinte à la santé. Les exceptions à ce principe doivent être établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_7/2025 du 25 septembre 2025 consid. 4.2). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 8C_732/2019 du 19 octobre 2020 consid. 3.2 et les références).

6.2 Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). Selon la jurisprudence, il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25% permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3). On soulignera que l'art. a26^{bis} al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), dans sa teneur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023, avait la teneur suivante : si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1^{bis}, ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique. Le Tribunal fédéral a jugé que cette disposition n'interdisait pas de concéder un abattement

allant au-delà de cette réduction forfaitaire réglementaire de 10% en fonction des critères dégagés par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C_823/2023 du 8 juillet 2024 consid. 10.6). Aux termes de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2024, une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique fixé en fonction des ESS à titre de revenu d'invalidé. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible. Selon le rapport explicatif du 18 octobre 2023 relatif à la modification du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI) « Mise en œuvre de la motion 22.3377 de la CSSS-N - Utiliser des barèmes de salaires correspondant à l'invalidité dans le calcul du taux d'invalidité », la déduction forfaitaire de 10% ou 20% prévue au nouvel art. 26^{bis} al. 3 RAI tient compte de tous les facteurs qui ont pour conséquence que les personnes en situation de handicap gagnent moins que celles qui sont en bonne santé. Il n'y a donc pas lieu d'effectuer d'autres déductions.

7. Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

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

7.2 S'agissant de la valeur probante des rapports médicaux, selon la jurisprudence, le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPG, aussi

longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4). En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte de celle exprimée par les experts. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (arrêts du Tribunal fédéral 8C_520/2023 du 28 février 2024 consid. 3.2 et 8C_691/2022 du 23 juin 2023 consid. 3.3).

8. Dans un arrêt de principe concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

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

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

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

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de

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

3. Comorbidités

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

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

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

C. Axe « contexte social »

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

II. Catégorie « cohérence »

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

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

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple ses loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

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

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

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

Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5).

9. En l'espèce, l'intimé a fondé sa décision sur l'expertise du CEMEDEX.

Celle-ci appelle les commentaires suivants.

9.1 Sur le plan psychiatrique, si le rapport du Dr J_____ comprend tous les éléments nécessaires selon la jurisprudence à la reconnaissance du caractère probant d'une expertise, puisqu'il contient une anamnèse, un résumé du dossier, relate les plaintes du recourant et les constatations cliniques, on note certains passages difficilement intelligibles. On peut notamment citer « l'exaltation du mur » mentionnée en p. 10, la phrase figurant sous le chapitre Description du dernier poste de travail en p. 8 « il devait se faire opérer. Sans chronique des loges, mais le chirurgien lui a dit qu'il n'y avait pas de scène, chronique des loges » et en p. 10 l'indication en lien avec les diagnostics « Nous n'avons pas pu évaluer l'addiction selon la classification DSM5, car cette personne admise et consommée de l'alcool ». Si des coquilles ou même des phrases tronquées dans un rapport ne font pas nécessairement obstacle à la reconnaissance de son caractère probant, les passages précités suscitent néanmoins certains doutes quant au soin amené à l'établissement du rapport, que le Dr J_____ ne paraît pas avoir relu avec la diligence qu'on peut attendre d'un expert.

De plus, sur le fond, ce rapport n'est pas totalement convaincant, notamment quant à l'analyse des incohérences. En premier lieu, l'expert psychiatre rapporte dans ce cadre que le recourant se sent extrêmement fatigué et a abandonné ses activités sportives, alors qu'il ne présentait pas de douleurs lors de l'entretien. Or, on peut difficilement comparer les exigences physiques d'efforts sportifs à celles d'un entretien avec un médecin. Le Dr J_____ soutient par ailleurs que le recourant peut accomplir la plupart de ses tâches quotidiennes – alors même que la description d'une journée-type montre que les corvées ménagères lui prennent un temps certain. Cette assertion contraste du reste avec la fatigue et la diminution des performances que le Dr J_____ semble admettre en lien avec la neurasthénie. De plus, l'expert note dans le cadre de l'examen de la cohérence que l'assuré ne refuse pas les traitements, mais retient un refus inconscient de l'efficacité du traitement, concluant ainsi à une résistance aux traitements favorisée par cette atteinte. À défaut d'explications scientifiques plus complètes à ce sujet, on peine à comprendre cette analyse, en tant qu'elle semble suggérer qu'un patient serait à même de bloquer par un processus de pensée subconscient les mécanismes physiologiques d'un traitement médicamenteux. Par ailleurs, on ne saurait retenir d'incohérence au sens de la jurisprudence si une maladie est à l'origine de l'inefficacité du traitement. Pour le surplus, on s'étonne que le Dr J_____ ne retienne pas de troubles du sommeil, alors que le recourant se couche en fin d'après-midi pour se relever vers 8 heures. Par ailleurs, l'expertise psychiatrique est peu détaillée en ce qui concerne les indicateurs jurisprudentiels, en particulier s'agissant des ressources, que l'expert présente sous forme de tableau sans se prononcer sur les facultés du recourant à les exploiter dans le cadre de son atteinte à la santé. Il ne discute enfin guère la baisse des activités du recourant depuis l'apparition des troubles dont celui-ci se plaint.

La question de la valeur probante de l'expertise du Dr J_____ peut cependant rester ouverte, dès lors que les Drs L_____ et K_____ ont mentionné une aggravation de l'état de santé sur ce plan en novembre 2024, entraînant dès cette date une capacité de travail de 50%, et le médecin de la clinique N_____ a quant à lui mentionné un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne. Il est vrai que ni la brève attestation des Drs L_____ et K_____, ni la lettre de sortie de cette clinique ne remplissent les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une entière valeur probante. Cela étant, cela ne suffit pas à écarter purement et simplement ces rapports, dès lors que ces médecins ne se contentent pas d'opposer leur appréciation de la situation aux conclusions de l'expert psychiatre, mais signalent une dégradation survenue après que celui-ci a rendu son rapport, et qu'ils rapportent des symptômes que le Dr J_____ n'a pas constatés au moment de son expertise. C'est ici le lieu de rappeler que de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenant postérieurement doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1). En l'espèce, l'intimé devait tenir compte et investiguer plus avant cette éventuelle aggravation – survenue antérieurement à la décision litigieuse du 11 février 2025 - laquelle n'est pas nécessairement en contradiction avec les conclusions du Dr J_____ puisqu'elle lui est postérieure.

9.2 Sur le plan neurologique, le Dr I_____ a exclu tout diagnostic d'ordre neurologique. Son expertise est pour le moins succincte. Toutefois, force est de constater que ses conclusions rejoignent les avis des différents neurologues consultés par le recourant, qui n'ont pas trouvé d'origine neurologique aux troubles du recourant.

S'il n'existe ainsi aucun élément médical permettant de remettre en cause le volet neurologique de l'expertise malgré son caractère sommaire, il n'en reste pas moins que le Dr I_____ a énuméré plusieurs atteintes qui relèvent davantage de l'orthopédie, de la rhumatologie ou de la médecine du sport, telles que la laxité de l'articulation et la synovite diagnostiquées en 2014 par le Dr B_____ et confirmées par la Dre G_____, ainsi que le syndrome des loges. Selon le rapport du Dr E_____ du 7 octobre 2022, les tests réalisés au CHUV ont permis de confirmer l'existence de cette dernière atteinte – malgré la mesure normale évoquée sans autre précision par la Dre G_____. Or, il ressort des rapports du Dr E_____ que le syndrome des loges apparemment formellement diagnostiqué rend impossible l'activité de sertisseur, la Dre G_____ relevant quant à elle que les autres symptômes liés aux atteintes aux mains peuvent déranger le recourant dans le travail et entraîner des douleurs. Si celle-ci semble admettre une poursuite de l'activité habituelle, c'est sous réserve d'une adaptation du poste, dont on

ignore en quoi elle consisterait et si elle est compatible avec les exigences d'un tel métier.

Malgré ce qui précède, l'intimé n'a pas du tout instruit l'incidence des troubles observés par les Drs B_____ et G_____ sur la capacité de travail, pas plus que celle du syndrome des loges, et on ignore notamment quelle a été l'évolution de ces troubles et les traitements entrepris.

9.3 Or, il est essentiel pour déterminer le droit aux prestations du recourant de tenir compte de l'ensemble des atteintes et de leurs répercussions sur la capacité de gain. La chambre de céans ne disposant pas des renseignements nécessaires à cet effet, il convient de renvoyer la cause à l'intimé, à charge pour celui-ci de compléter l'instruction sur ce plan, notamment en se procurant des rapports complémentaires des médecins traitants ainsi que les rapports du Dr F_____, puis en confiant une expertise à un spécialiste en médecine du sport ou en chirurgie orthopédique, qui s'adjoindront dans la mesure utile le concours d'un spécialiste en chirurgie de la main. Il appartiendra également à l'intimé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique au vu des aggravations rapportées avant que ne soit rendue la décision querellée. Compte tenu des doutes que suscite l'expertise du Dr J_____, l'expert psychiatre devra se prononcer sur la capacité de travail et de gain sur ce plan durant l'ensemble de la période litigieuse.

Ceci fait, l'intimé devra déterminer à nouveau le degré d'invalidité. À ce sujet, la chambre de céans rappelle que si les mesures d'instruction à mettre en œuvre devaient révéler que l'activité de sertisseur n'est plus exigible, il y aurait lieu de calculer le degré d'invalidité non pas en fonction du revenu statistique d'une telle activité, comme l'intimé l'a fait dans son calcul du 6 mai 2024, mais du revenu concrètement réalisé par le recourant dans le cadre de son dernier emploi. En effet, bien que celui-ci soit à l'origine de la résiliation de ses rapports de travail, il ressort du dossier que c'est en raison des problèmes de santé rencontrés qu'il a donné sa démission, ses médecins traitants ayant confirmé que cette profession était contre-indiquée sur le plan médical. Dans ces conditions, il convient d'appliquer la présomption selon laquelle le recourant aurait poursuivi l'activité exercée au service de son dernier employeur sans atteinte à la santé.

L'intimé devra ensuite statuer sur le droit à la rente et sur le droit à des mesures d'ordre professionnel.

Au vu de l'issue du litige, la chambre de céans renoncera à l'audition du Dr L_____, par appréciation anticipée des preuves (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1).

10. Compte tenu de ce qui précède, la décision de l'intimé est annulée.

Le recours est partiellement admis.

Le recourant a droit à des dépens, nonobstant l'octroi de l'assistance juridique, qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), l'intimé supporte l'émolument de procédure 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 11 février 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'500.-
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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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