

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3498/2023

ATAS/32/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 janvier 2025

Chambre 10

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Samantha EREMITA

contre

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

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, Présidente ; Andres PEREZ et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1969 et au bénéfice d'un permis d'établissement C, est divorcé et père de deux enfants.
- b.** Il a travaillé en tant que maçon entre 2001 et 2011, puis comme monteur électricien à partir de 2015. En dernier lieu, il a travaillé chez B_____ à un taux de 50%. Il est assisté par l'Hospice général depuis le 1^{er} juin 2009.
- c.** L'extrait du compte individuel de l'assuré fait état d'un revenu annuel de CHF 58'868.- pour 2011, CHF 32'634.- pour 2012, CHF 4'667.- pour les années 2013 à 2017 et CHF 8'195.- pour 2018.
- B.** **a.** Le 5 février 2021, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) du canton de Genève en raison d'une chondropathie de grade IV au genou droit et d'une lombarthrose L5-S1 depuis 2012, mentionnant avoir été en incapacité de travail à 50% dès 2012 et à 70% depuis le mois de novembre 2020.
- b.** Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a reçu plusieurs documents médicaux établis entre 2012 et 2020, faisant notamment état d'une lombarthrose L5-S1 débutante (cf. rapport du 6 juin 2019 du docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie) et d'une gonarthrose au genou droit (cf. notamment rapports des 13 juillet 2020 du docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie).
- c.** Dans un rapport du 25 mars 2021, le docteur E_____, orthopédiste traitant, a indiqué à l'OAI que l'assuré présentait depuis 2019 des lombalgies, des douleurs au genou droit, des douleurs à la marche prolongée avec une sensation d'instabilité des genoux. Suite à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne lombaire ayant montré une protrusion L5-L4, il avait pratiqué une infiltration. Il a retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail un engourdissement de la face antéro-externe de la cuisse gauche, une gonarthrose bilatérale, des lombalgies et une obésité sévère. L'évolution était stationnaire au niveau du dos et des genoux. L'assuré ne pouvait pas marcher longtemps, rester debout longtemps, porter des charges importantes et rester dans une position assise prolongée. Il avait repris son activité professionnelle à 50% ou 70%, mais au vu de la persistance des douleurs, il avait à nouveau été en incapacité totale de travail à partir du 1^{er} mars 2021. Il pourrait reprendre progressivement une activité adaptée.
- Était notamment joint un rapport du docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, du 7 juin 2019 à la suite d'une IRM cervicale du même jour, qui concluait à l'absence d'anomalie disco-vertébrale significative visible, en particulier à l'absence de sténose canalaire ou foraminale et à l'absence d'anomalie du cordon médullaire.

d. Par rapport du 29 octobre 2021, le Dr E_____ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré, qu'il suivait depuis le 2 juillet 2019, était nulle pour une durée indéfinie en raison d'une obésité sévère difficile à réduire, d'une scoliose dorsolombaire à convexité droite d'environ 20° et d'une gonarthrose bilatérale des deux genoux, sévère et prédominante à droite. L'état de santé était stationnaire, voire s'aggravait. Les limitations fonctionnelles concernaient le port de charges importantes, la marche prolongée et les positions debout et assise prolongées. Le premier traitement était la recherche absolue de perte de poids et un régime amaigrissant. Le second traitement consistait à faire de l'exercice physique, sauf de la marche. À moyen terme et sous réserve d'une réduction substantielle du poids, une prothèse du genou droit pourrait être envisagée.

e. Dans un avis du 2 août 2022, le docteur G_____, médecin auprès du service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, a retenu, au vu des pièces versées au dossier, que l'assuré présentait une obésité sévère, un asthme bronchique, des gonalgies bilatérales à prédominance droite et des lombalgies pour lesquelles il avait bénéficié d'un traitement anti-inflammatoire et antalgique, de séances de physiothérapie et d'une infiltration en 2019 au niveau lombaire. L'assuré présentait des atteintes pulmonaires sans plus de précisions sur leur évolution (apnées du sommeil, asthme bronchique). Afin de pouvoir se prononcer sur la suite à donner au dossier, il proposait de récolter des questionnaires intermédiaires des divers praticiens traitants.

f. Par attestation du 8 août 2022, le Dr E_____ a réitéré les termes de son rapport médical du 29 octobre 2021.

g. À nouveau sollicité par l'OAI, le Dr E_____ a indiqué, dans un rapport du 30 août 2022, que la situation de l'assuré restait inchangée. Ce dernier présentait une obésité morbide connue depuis quatre ans, qui résistait à tout traitement diététique. Les radiographies du genou avaient confirmé une gonarthrose bilatérale, prédominante à droite. Selon lui, « il n'y [avait] pas d'alternative chirurgicale avec prothèse en l'état d'obésité du patient ». Les restrictions retenues visaient la marche, même sur de courts trajets, les positions debout et assise prolongées et le port de charges importantes. L'obésité morbide et l'absence de réponse aux traitements usuels ne permettaient pas d'envisager une activité professionnelle. Il a conclu que l'assuré n'était pas capable d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé en raison de l'obésité sévère, de la scoliose dorsolombaire et de la gonarthrose bilatérale. L'assuré devait être pris en charge par le centre d'obésité des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) aussi rapidement que possible, « la santé actuelle et persistante du patient [mettait] sa vie en danger ».

Étaient joints deux rapports du 21 octobre 2021 du Dr D_____ et quatre rapports des 3, 14 et 17 juillet 2022 du docteur H_____, spécialiste FMH en radiologie.

h. Dans son rapport du 20 octobre 2022, le docteur I_____, médecin praticien FMH et médecin traitant de l'assuré, a repris les termes du rapport du 30 août 2022 du Dr E_____.

i. Par avis du 13 décembre 2022, le Dr G_____ a conclu que le SMR n'était en l'état pas en mesure d'exclure une capacité de travail résiduelle dans une activité sédentaire adaptée aux limitations fonctionnelles permettant à l'assuré de changer de positions à sa guise, ni d'apprécier la sévérité et la notion de durabilité des limitations fonctionnelles, de sorte qu'il convenait de réaliser une expertise.

j. Mandatés par l'OAI, le docteur J_____, rhumatologue, et la docteure K_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, médecins auprès du L_____, ont rendu un rapport d'expertise bidisciplinaire le 15 juin 2023, avec la supervision/relecture du docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Ils ont posé les diagnostics d'arthrose tricompartmentale du genou droit avec flectum clinique (M17.0), d'arthrose fémoro-tibiale interne du genou gauche sans traduction clinique (M17.0), de douleurs lombaires intermittentes sur discopathie L5-S1 sans irradiation (M54.5), de douleurs de l'épaule droite secondaire à une tendinopathie minime de la coiffe des rotateurs (M75.0), de status post-chirurgie du canal carpien gauche (G56.0), de status post-chirurgie d'une ténosynovite du fléchisseur du troisième doigt de la main gauche (M65), de status post-fracture et chirurgie du cinquième doigt de la main gauche de l'articulation (P2-P3, S62.6), de dyspnée (R06-0) d'origine multifactorielle avec une obésité classe 2 OMS (E66.9), un asthme bronchique (J45.0) bien contrôlé n'ayant jamais nécessité de consultations en urgence, un déconditionnement, une origine cardiaque étant invraisemblable en l'absence de douleurs typiques ou de signes de surcharge pulmonaire, de syndrome d'apnées du sommeil (G47.3) avec une indication d'appareillage depuis dix ans (cet appareillage n'étant pas observé mais l'expertisé ne manifestant pas de dette de sommeil), de stéatose hépatique (K76.0) et de prédiabète.

L'expert rhumatologue a retenu, à titre de limitations fonctionnelles, les efforts de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg, le port de charge proche du corps de plus de 10 kg, les positions à genoux et accroupie, la montée et la descente d'escalier répétée, la marche ou le piétinement prolongé, le travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage), le changement de position régulier, l'effort du membre supérieur droit au-delà de la ligne des épaules et les mouvements de préhension forcée de la main gauche.

L'experte en médecine interne a, quant à elle, retenu les restrictions en lien avec les activités avec des efforts physiques majeurs impliquant la marche sur une longue distance, l'utilisation d'escabeau, la marche sur un terrain inégal, le port répété de charges supérieures à 15 kg, l'exposition à la poussière, au pollen, aux

irritants respiratoires et aux solvants, la conduite automobile professionnelle et le travail de nuit.

Au terme de leur évaluation consensuelle, les experts ont conclu à une incapacité de travail complète dans les travaux en bâtiment et comme électricien depuis 2016. La capacité de travail était de 100% « comme réparateur d'électroménager chez Emmaüs en respectant les limitations fonctionnelles du point de vue rhumatologique, moyennant un réentraînement progressif à l'effort, elle [pourrait] atteindre 100% dans l'intervalle de douze semaines de reconditionnement pour la médecine interne ». La capacité de travail retenue dans une activité adaptée était de 100% depuis toujours avec une interruption d'environ un mois pour une chirurgie du canal carpien à gauche.

k. Par avis du 3 juillet 2023, le Dr G_____ a approuvé les conclusions de l'expertise, concluant que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle (travaux du bâtiment, électricien) dès 2016 en lien avec les atteintes rhumatologiques et entière dans une activité adaptée, depuis toujours sauf entre les 17 février et 17 mars 2023 à la suite de l'opération [du canal carpien du 17 février 2023].

l. Le 19 juillet 2023, l'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité. Il a retenu un statut de personne active et calculé le revenu avec invalidité en se référant à l'ESS 2016 (TA1_tirage_skill_level, homme, totale, niveau de compétence 1). Compte tenu de la durée normale hebdomadaire de travail dans le domaine (41.7 heures) et d'un abattement de 5% en raison des limitations fonctionnelles, il a arrêté le revenu annuel brut à CHF 63'463.-. Concernant le revenu sans invalidité, il s'est référé au salaire réalisé en 2011 selon le compte individuel, soit CHF 55'868.- [rect. 58'868.-] et l'a indexé selon l'indice suisse nominal des salaires (ISS) 2016. Il en résultait un revenu annuel brut sans invalidité pour un plein temps de CHF 57'618.-. Après comparaison des revenus, la perte de gain subie était nulle, correspondant à un degré d'invalidité de 0%.

m. Par décision 26 septembre 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 20 juillet 2023 et rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que le degré d'invalidité était nul.

- C.** **a.** Par acte du 25 octobre 2023, complété le 10 novembre 2023, le recourant, représenté par une association, a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision, concluant à ce que cette dernière soit déclarée nulle et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision, sous suite de frais et dépens. Le recourant a notamment reproché à l'intimé de ne pas lui avoir envoyé de projet de décision préalable et de ne pas avoir valablement établi son taux d'invalidité.

À l'appui de son écriture, il a notamment produit :

- une attestation du 28 octobre 2021 du Dr E_____ reprenant le contenu de son rapport du 8 août 2022 ;

- n rapport du 14 juillet 2022 du Dr H_____ à la suite d'une radiographie des deux genoux concluant à une gonarthrose fémoro-patellaire et fémoro-tibiale interne, bilatérale, importante du côté droit et débutante du côté gauche ;
- un rapport du 17 juillet 2022 du Centre d'imagerie médicale Jean-Violette à la suite d'une IRM du genou gauche du 12 juillet 2022 concluant à une lésion oblique de grade III de la corne postérieure du ménisque interne, avec une luxation subtotale du ménisque résiduelle, compliquée par un amincissement cartilagineux, avec une chondropathie de grade IV au niveau du plateau tibial interne associée à un remaniement œdémateux microkystique sous-chondral ;
- un rapport du 17 juillet 2022 du Centre Jean-Violette relatif à une IRM du genou droit du 13 juillet 2022 concluant à une lésion complexe de la corne postérieure du ménisque interne avec une perte de substance et une luxation subtotale du ménisque résiduelle, associée à un « flap méniscal », et à une gonarthrose fémoro-tibiale interne marquée, avec une ulcération cartilagineuse et une mise à nu de l'os sous-chondral très étendue associée à un remaniement œdémateux microkystique sous-chondral et à un remaniement ostéophytique marginal ;
- une lettre de sortie provisoire du 13 septembre 2023 du docteur N_____, médecin interne au service d'ophtalmologie des HUG à la suite de son séjour du 12 au 13 septembre 2023 motivé par une surveillance post opératoire ; il était retenu, à titre de diagnostic principal, un décollement de la rétine total rhégmato-gène avec trou maculaire et prolifération vitréo-rétinienne de l'œil gauche et, à titre de diagnostic secondaire, une déchirure rétinienne en périphérie temporale à 10h de trois diamètres papillaires à l'œil droit ;
- un certificat d'arrêt de travail total pour la période du 12 septembre au 15 octobre 2021 établi par le docteur O_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmologue traitant ;
- un certificat du 13 octobre 2023 du Dr I_____ attestant qu'il présentait une obésité sévère, une scoliose dorsolombaire, une gonarthrose bilatérale des deux genoux, un asthme allergique, un décollement de rétine total rhégmato-gène avec trou maculaire et prolifération vitréo-rétinienne de l'œil gauche, un état anxieux dépressif, une maladie hémorroïdaire et un syndrome du canal carpien bilatéral prédominant à gauche ;
- un rapport du 17 octobre 2023 du docteur P_____, spécialiste FMH en radiologie, à la suite d'une IRM de la colonne lombo-sacrée du même jour concluant à une discopathie modérée L4-L5, L5-S1 ;
- un rapport du 22 octobre 2023 du Dr H_____ à la suite d'une radiographie de la colonne lombaire et du bassin du 17 octobre 2023 concluant notamment à une lombodiscarthrose modérée aux niveaux L4-L5, L5-S1, et à une arthrose

inter-apophysaires postérieure bilatérale modérée aux niveaux L3-L4, L4-L5, L5-S1, à un épaulement osseux au niveau de la jonction cervico-céphalique qui pourrait prédisposer à un conflit fémoro-acétabulaire de type « Came » et à un discret pincement de l'interligne articulaire coxo-fémoral dans sa partie supéro-latérale ;

- une attestation du 6 novembre 2023 du Dr E_____ faisant état d'une obésité sévère résistante au traitement et au contrôle diététique, d'une scoliose dorso-lombaire à convexité droite, de discopathies et discarthrose lombaires, de coxarthrose bilatérale débutante et de gonarthrose bilatérale sévère à modérée ; la capacité de travail était nulle pour une durée indéfinie et dans toute activité ;
- un certificat du 6 novembre 2023 du Dr E_____ attestant d'une incapacité de travail à 100% dès le 1^{er} septembre 2021 pour une durée indéterminée.

b. Dans sa réponse du 22 novembre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, motif pris qu'il ne ressortait pas des griefs du recourant d'éléments concrets susceptibles de remettre en cause ses conclusions ou celles de l'expertise.

c. Par courrier du 13 décembre 2023, le recourant a indiqué que l'association avait cessé de le représenter.

d. Par réplique du 19 décembre 2023, il a contesté l'expertise bidisciplinaire et sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale. Il a notamment fait valoir qu'il se trouvait en incapacité de travail à partir de 2021.

e. Par décision du 15 janvier 2024, il s'est vu octroyer l'assistance juridique.

f. Par complément de réplique du 14 mars 2024, le recourant, représenté par un avocat, a sollicité le témoignage des Drs E_____ et I_____ afin de prendre position sur le rapport d'expertise du L_____, en particulier sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il a également requis l'audition du Dr O_____ dans le but de préciser l'ampleur de ses limitations ophtalmiques et leur éventuel impact sur sa capacité de travail.

Il a relevé que les conclusions de l'expertise concernant sa capacité de travail étaient incohérentes et que ses médecins traitants ne partageaient pas l'avis des experts quant à l'exercice d'une activité adaptée. De plus, durant le mois d'août 2023, il s'était vu diagnostiquer au Pérou un décollement de la rétine de l'œil gauche ainsi qu'une déchirure rétinienne en périphérie temporale de trois diamètres papillaires à l'œil droit. Le rapport d'expertise précité n'en tenait pas compte, dans la mesure où il était antérieur à ces atteintes ophtalmiques.

Le recourant a produit les documents suivants :

- un certificat rédigé en espagnol le 6 septembre 2023 par le docteur Q_____, ophtalmologue à l'institut national d'ophtalmologie de Lima, Pérou ;

- une lettre de sortie définitive du 13 septembre 2023 du Dr O_____ concernant son hospitalisation du 12 au 13 septembre 2023 au sein du service d'ophtalmologie, retenant les mêmes diagnostics que ceux mentionnés dans la lettre de sortie provisoire du 13 septembre 2023 ;
- un compte-rendu opératoire du 19 septembre 2023 du Dr O_____ diagnostiquant un décollement de la rétine total ancien rhéghmatogène sur trou maculaire et trois déchirures périphériques à l'œil gauche ;
- un rapport de consultation du 23 février 2024 du docteur R_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmologue traitant, relevant un décollement de la rétine de l'œil gauche opéré en septembre 2023 ; le patient ressentait que sa vision avait encore diminué et présentait une cataracte importante à l'œil gauche ; aucune nouvelle déchirure ni décollement n'étaient retenus ; il préconisait une échographie de l'œil gauche avec biométrie et lui déconseillait tout effort physique important et de rester la tête en bas.

g. Le 4 avril 2024, le recourant a transmis un rapport du Dr I_____ du 1^{er} avril 2024 concluant à une incapacité de travail complète dans toute activité. Il en ressort que le patient se plaignait d'une baisse importante de la vue, de troubles du sommeil, d'anxiété et de fatigabilité accrue. Depuis 2016, son état de santé était défavorable tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. Il présentait un état anxieux et dépressif, un décollement de rétine total rhéghmatogène avec trou maculaire et prolifération vitréo rétinienne de l'œil gauche, une obésité sévère, un asthme allergique, une scoliose dorsolombaire et une gonarthrose bilatérale. Les limitations fonctionnelles retenues à compter de 2016 concernaient la marche prolongée, les positions assises debout prolongées et le port de charges importantes. En outre, à cause de son handicap ophtalmologique, l'intéressé devait éviter tout effort physique important et rester avec la tête penchée en bas. Il était sous Atozet et avait un suivi ophtalmologique, ainsi qu'une prise en charge psychothérapeutique.

h. Le 16 avril 2024, l'intimé a sollicité des mesures d'instruction complémentaire, notamment de questionner les ophtalmologues traitants.

Dans un avis annexé du 3 avril 2024, le Dr G_____ a retenu la présence de nouveaux éléments médicaux au niveau ophtalmologique rendant plausible la présence de constatations médicales objectives antérieures à la décision litigieuse susceptibles de remettre en question les conclusions du SMR du 3 juillet 2023. L'évolution de la capacité de travail sur le plan ophtalmologique n'étant pas connue dès le 17 août 2023, il convenait de questionner les ophtalmologues traitants, les Drs O_____ et R_____, sur l'évolution des atteintes, les limitations fonctionnelles, et la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Certaines pièces produites dans le cadre du recours avaient la même teneur que celles déjà présentes au dossier, dont les experts avaient tenu compte. S'agissant de la présence d'une coxarthrose bilatérale débutante relevée

par le chirurgien orthopédique traitant dans son rapport du 6 novembre 2023, celle-ci ne représentait pas une atteinte incapacitante de manière notable et durable et n'avait par ailleurs pas empêché le recourant d'effectuer un long voyage au Pérou. Sur le plan psychiatrique, le généraliste traitant ne mentionnait pas de suivi psychiatrique, de traitement psychotrope ou d'hospitalisation pour des raisons psychiques dans le contexte d'un état anxieux et dépressif, de sorte qu'il convenait de ne pas retenir comme plausible la présence de constatations médicales objectives concernant une atteinte psychiatrique incapacitante de manière notable et durable.

i. Par courrier du 15 mai 2024, le recourant a maintenu ses conclusions, en particulier sa demande d'audition des Drs I_____, E_____, O_____ et R_____, ainsi que de la docteure « S_____ ». Le SMR avait constaté qu'il souffrait d'une coxarthrose bilatérale débutante, mais s'était contenté d'indiquer que cette atteinte n'était pas notablement et durablement incapacitante. Il ne s'était par ailleurs pas déterminé sur les rapports établis par les Drs E_____ et I_____, qui renaient une incapacité de travail nulle dans toute activité.

À l'appui de son courrier, il a produit le rapport du 1^{er} avril 2024 du Dr I_____ ainsi qu'un rapport de consultation du 18 mars 2024 du Dr O_____.

Dans ce rapport, le Dr O_____ a conclu que l'évolution après l'opération de l'œil gauche était favorable. Actuellement, la vision restait limitée, en partie à cause du décollement de rétine chronique associé au trou maculaire observé lors de son admission et en partie en raison de la cataracte survenue à la suite de la vitrectomie. Le prochain rendez-vous était prévu début avril 2024 pour évaluer la possibilité d'une opération de la cataracte et l'implantation d'une lentille intraoculaire, ce qui pourrait significativement améliorer l'acuité visuelle. Il serait alors plus opportun de discuter à ce moment-là de la reprise d'une activité professionnelle. À ce stade, le retour au travail n'était pas risqué pour l'œil gauche. S'agissant d'un éventuel risque de décollement de rétine pour l'autre œil, l'intéressé présentait déjà un décollement postérieur du vitré à l'œil gauche ce qui réduisait le risque de décollement de rétine par rapport à celui qu'il présentait à l'œil droit. Cependant, il était important de noter qu'un risque nul de décollement de rétine n'existait pas, notamment en raison des facteurs de risques importants, tels que la myopie que présentait le patient. Il était donc possible que le risque de décollement puisse persister dans le futur, bien qu'étant comparable à celui de la population générale.

j. Le 13 juin 2024, l'intimé a maintenu ses conclusions en tant que le recourant ne pouvait plus exercer son activité habituelle, mais présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, comprenant celles au niveau ophtalmique.

Il a joint un avis du SMR du 12 juin 2024, par lequel le Dr G_____ a conclu que les nouveaux éléments évoqués faisaient état de limitations fonctionnelles

ophtalmiques au niveau de la vision de l'œil gauche sans modifier les conclusions du SMR du 3 avril 2024 concernant la pleine capacité de travail dans une activité adaptée, mis à part pour une période de trois mois après le traitement du décollement de la rétine du 12 septembre 2023, pendant laquelle l'incapacité de travail avait été totale, soit entre les 12 septembre et 12 décembre 2023. Sur le plan ophtalmologique, la situation médicale était stabilisée et les limitations fonctionnelles devaient tenir compte d'une qualité de vision de l'œil gauche altérée. Étaient exclues les activités nécessitant une vision de précision binoculaire, l'usage prolongé d'écrans et la conduite d'engin ou de machine. Dans une activité adaptée aux restrictions, la capacité de travail était entière, sauf entre les 12 septembre et 12 décembre 2023. Sur le plan psychiatrique, il n'était pas en mesure de retenir une atteinte à la santé notable et durable en l'état du dossier.

k. Par réplique spontanée du 28 juin 2024, le recourant a réitéré sa demande d'audition des Drs I_____, E_____, « S_____ », O_____ et R_____, précisant qu'il convenait de procéder à l'audition du Dr R_____ en priorité dans la mesure où il assurait désormais son suivi ophtalmologique. Il a également requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets rhumatologique, ophtalmologique et de médecine interne générale.

Le recourant a notamment reproché à l'intimé de s'être fondé sur l'avis du SMR qui n'avait pas tenu compte de l'appréciation du Dr I_____ et qui ne s'était pas déterminé sur l'appréciation du Dr E_____. De plus, l'intimé avait contredit sa propre prise de position du 16 avril 2024 par laquelle il avait requis de la chambre de céans l'audition de ses ophtalmologues traitants. Dans son rapport du 18 mars 2024, le Dr O_____ avait expliqué qu'il ne pouvait pas se déterminer sur la capacité de travail, précisant que son acuité visuelle ne s'élevait qu'à 2 sur 10 s'agissant de son œil gauche. Il était incompréhensible que le SMR ait pu estimer que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, notamment ophtalmiques. Enfin, une seconde opération de l'œil gauche était envisagée par le Dr R_____.

Était joint à son écriture un rapport du 26 juin 2024 établis par les docteurs T_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, et U_____, médecin ophtalmologue au centre ophtalmologique de Rive, à la suite d'un examen échographique du 25 juin 2024. Ils ont conclu que l'examen retrouvait un décollement postérieur du vitré incomplet du côté droit avec visualisation d'une déhiscence périphérique sur le méridien de 9h et, du côté gauche, une rétine à plat sur un globe vitrectomisé.

l. Par courrier du 25 juillet 2024, l'intimé a persisté dans ses précédentes conclusions et considéré que l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'investigations complémentaires s'avérait superflue.

Il a transmis un avis du SMR du 24 juillet 2024, par lequel le Dr G_____ s'est prononcé sur le rapport du 26 juin 2024. Il a considéré que les nouveaux éléments médicaux n'étaient pas susceptibles de modifier les conclusions du SMR, qui restaient valides. Il a relevé la présence d'une cataracte totale à l'œil gauche et rappelé qu'il avait déjà retenu des limitations fonctionnelles concernant la vision de cet œil dans son avis du 12 juin 2024. S'agissant de l'œil droit, il a remarqué, d'une part, qu'aucun décollement de la rétine n'avait été constaté à l'examen échographique et que, d'autre part, aucun symptôme en lien avec le décollement postérieur du vitré incomplet n'avait été évoqué dans le rapport de l'examen échographique. Concernant la déchirure du clapet de la rétine constatée audit examen, un éventuel traitement au laser sans complications n'était pas en mesure de justifier une incapacité de travail notable et durable, ni d'altérer de manière significative l'acuité visuelle de l'œil droit qui avait été évaluée à 9 sur 10 à la suite de ce type d'intervention.

m. Par courrier du 24 septembre 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions précédentes, notamment quant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Il a produit une attestation du 3 septembre 2024 du Dr E_____ qu'il avait invité à se prononcer sur le rapport d'expertise du 15 juin 2023. L'orthopédiste traitant a relevé que le patient déplorait le fait que l'intimé considérait qu'il ne souffrait d'aucune invalidité et retenait une capacité de travail complète dans une activité adaptée avec de nombreuses restrictions physiques sans définir cette nouvelle profession et sans octroyer une formation complémentaire. Sur le plan orthopédique, l'intéressé présentait une gonarthrose bilatérale, des discopathies lombaires, un syndrome du tunnel carpien bilatéral, opéré à gauche et récidivé. Il existait des impotences fonctionnelles décrites dans l'expertise mais qui n'étaient pas du seul ressort ostéo-articulaire. Le tout dans un contexte d'obésité de grade II chronique dont le patient ne comprenait pas le besoin impératif du traitement et pour laquelle il refusait catégoriquement toute prise en charge, de sorte que « là, [s'arrêtait] malheureusement tout traitement possible ».

n. Le 26 septembre 2024, cette écriture a été transmise à l'intimé.

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 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.

1.3 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.

2.

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

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée le 5 février 2021, un éventuel droit à une rente d'invalidité prendrait naissance antérieurement au 1^{er} janvier 2022 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 26 septembre 2023 par laquelle l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité.

4.

4.1 Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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 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.

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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.2 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 (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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). Le but des expertises multidisciplinaires est par ailleurs de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute

sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

4.3 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

5. En l'espèce, dans sa décision litigieuse, l'intimé a conclu que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle dès 2016, mais que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis

toujours, sauf entre les 17 février et 17 mars 2023. Le degré d'invalidité était nul, de sorte qu'il ne donnait pas droit à une rente.

Cette appréciation reposait sur l'avis du SMR du 3 juillet 2023, lui-même fondé sur le rapport d'expertise du 15 juin 2023.

5.1 Il convient donc de se déterminer sur la valeur probante de ce document.

5.1.1 La chambre de céans constate tout d'abord que l'expertise contient un résumé du dossier médical du recourant, que le Dr J_____ et la Dre K_____ ont présenté des anamnèses professionnelle, familiale et sociale, ainsi que les antécédents personnels du recourant. Ils ont en outre interrogé ce dernier sur ses plaintes, ses habitudes et le déroulement d'une journée type. Les experts ont consigné le résultat de leurs constatations objectives à la suite de leur examen clinique et ont requis des examens radiographiques de l'épaule droite. Leur rapport, établi en pleine connaissance du dossier, tient compte des plaintes du recourant et résulte d'une analyse complète des troubles. Il répond ainsi à tous les réquisits jurisprudentiels au plan formel pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

5.1.2 Au niveau rhumatologique, le Dr J_____ a retenu, à titre de diagnostics, une arthrose tricompartmentale du genou droit avec flossum clinique (M17.0), une arthrose fémoro-tibiale interne du genou gauche sans traduction clinique (M17.0), des douleurs lombaires intermittentes sur discopathie L5-S1 sans irradiation (M54.5), des douleurs de l'épaule droite secondaires à une tendinopathie minime de la coiffe des rotateurs, un status post-chirurgie du canal carpien gauche (G56.0), un status post-chirurgie d'une ténosynovite du fléchisseur du troisième doigt de la main gauche (M65) et un status post-fracture et chirurgie du cinquième doigt de la main gauche de l'articulation P2-P3 (S62.6).

Les limitations fonctionnelles concernaient les activités impliquant des efforts de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg, le port de charge proche du corps limité à 10 kg, les positions à genoux et accroupie, les montées et descentes répétées d'escalier, la marche ou le piétinement prolongé, le travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage), le changement régulier de position, l'effort du membre supérieur droit au-delà de la ligne des épaules et les mouvements de préhension forcée de la main gauche.

L'incapacité de travail était totale dans les travaux du bâtiment et comme électricien depuis 2016. Selon l'expert, une activité à 100% dans la réparation d'appareil électroménager restait possible à condition que les limitations fonctionnelles soient respectées. La capacité de travail dans une activité adaptée était pleine depuis toujours avec une interruption d'environ un mois pour l'intervention chirurgicale du canal carpien gauche.

Sur le plan de la médecine interne, la Dre K_____ a diagnostiqué un syndrome d'apnées du sommeil (G47.3), une stéatose hépatique (K76.0), un prédiabète, ainsi

qu'une dyspnée (R06.0) d'origine multifactorielle, avec une obésité classe 2 OMS (E66.9), un asthme bronchique (J45.0) bien contrôlé et un déconditionnement.

Les limitations fonctionnelles comprenaient les activités requérant des efforts physiques majeurs impliquant une marche sur une longue distance, l'utilisation d'escabeau ou la marche sur terrain inégal, le port répété de charges supérieures à 15 kg, les activités impliquant l'exposition à la poussière, au pollen, aux irritants respiratoires et aux solvants, la conduite automobile professionnelle et le travail de nuit.

L'experte en médecine interne a retenu que la capacité de travail dans l'activité d'électricien/réparateur d'appareil électroménager chez Emmaüs (dernière activité exercée) était pleine moyennant un réentraînement progressif à l'effort, ce qui pourrait être atteint dans l'intervalle de douze semaines de reconditionnement. L'intéressé manifestait une dyspnée aux efforts modérés et une toux asthmatiforme à l'exposition à la poussière, ce qui contre-indiquait son activité d'électricien sur chantier pour toujours. Dans une activité adaptée sédentaire respectant les limitations allergiques, la capacité de travail était entière, sans baisse de rendement, depuis toujours.

Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont repris leurs diagnostics et limitations fonctionnelles. Ils ont également retenu que les plaintes de l'intéressé étaient cohérentes et plausibles. Néanmoins, quelques incohérences étaient notées, l'expertisé s'estimant incapable de travailler dans une quelconque activité, alors qu'il se déplaçait seul et parvenait à rester autonome dans toutes les activités quotidiennes et à utiliser un ordinateur pendant plusieurs heures par jour.

5.1.3 S'agissant des diagnostics retenus par les experts, la chambre de céans observe qu'ils sont conformes aux éléments contenus dans les différents rapports des médecins traitants, soit ceux du Dr E_____ (cf. rapports des 25 mars, 28 octobre et 29 octobre 2021, 8 et 30 août, et 20 octobre 2022) et celui du Dr I_____ (cf. rapport du 20 octobre 2022). Par ailleurs, le recourant ne les remet pas en cause. Ils peuvent par conséquent être admis.

5.1.4 Concernant sa capacité de travail, le recourant fait valoir que les conclusions de l'expertise son incohérentes. Il fait grief aux experts d'avoir retenu qu'il était apte à reprendre une activité de réparateur électroménager et que celle-ci était adaptée à l'ensemble de ses limitations fonctionnelles, ce qui était contradictoire au vu des tâches qu'il réalisait chez Emmaüs. Il reproche également aux experts ne pas avoir tenu compte de l'avis de ses médecins traitants en tant qu'ils considèrent que sa capacité de travail est nulle dans toute activité.

Il ressort de l'expertise que, dans le cadre de son travail pour Emmaüs, l'intéressé effectuait des réparations de produits ménagers, impliquant qu'il devait « pousser des bennes, aller chercher des pièces en hauteur et réparer les produits électroménager » (cf. expertise p. 7). Si les experts ont certes indiqué que le recourant était capable de reprendre cette activité, ils ont clairement précisé

qu'une telle reprise n'était possible que si les tâches respectaient les limitations fonctionnelles du point de vue rhumatologique et moyennant un réentraînement progressif à l'effort. Ainsi, leur appréciation quant à la conformité de la dernière activité exercée avec les contre-indications retenues n'est ainsi pas déterminante. Il est au demeurant relevé que dans son avis du 3 juillet 2023, le SMR a conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle.

S'agissant de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail, il est relevé que les experts ont pris en considération toutes les plaintes du recourant dans l'établissement des limitations fonctionnelles, lesquelles correspondent en outre pour l'essentiel aux restrictions retenues par les médecins traitants. De surcroît, l'appréciation des experts est corroborée par l'anamnèse sociale et la description d'une journée-type réalisées par chacun d'eux. Ainsi, le Dr J_____ a relevé que le recourant s'occupait du ménage, effectuait des exercices abdominaux ou des étirements, faisait ses courses à pied, sortait tous les jours en particulier pour aller au centre-ville et se rendait à la bibliothèque. Il effectuait la plupart de ses trajets en vélo ou en bus. Il allait également rendre visite à sa mère et à son frère, et rencontrait ses amis ou des connaissances. Il passait parfois trois, voire quatre heures sur internet. Il s'endormait mieux depuis qu'il était traité pour ses allergies et n'était pas fatigué, ni n'avait de problèmes de concentration ou de mémoire (cf. rapport d'expertise p. 8). Le déroulement détaillé d'une journée-type effectué par la Dre K_____ concorde avec celui retenu par l'expert rhumatologue, étant mentionné au surplus que l'intéressé effectuait lui-même toutes ses tâches ménagères en adoptant néanmoins quelques stratégies pour ménager son genou droit (cf. rapport d'expertise p. 17).

L'appréciation divergente des médecins traitant n'est pas propre à remettre en cause les conclusions des experts. En effet, il est rappelé que, dans ses rapports des 29 octobre 2021 et 30 août 2022, le Dr E_____ a indiqué que les restrictions concernaient les activités requérant de marcher ou rester debout longtemps, de porter des charges importantes, de rester dans une position assise prolongée, ce qui correspond aux limitations fonctionnelles retenues par les experts. L'orthopédiste traitant a ensuite mentionné que le recourant n'était pas capable d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé en raison de l'obésité sévère, de la scoliose dorsolombaire et de la gonarthrose bilatérale, sans toutefois expliquer en quoi ces troubles empêcheraient l'intéressé d'exercer une activité adaptée aux restrictions précitées. Il en va de même du rapport du 20 octobre 2022 du Dr I_____ qui a repris en substance les mêmes limitations que celles retenues par le Dr E_____.

5.1.5 En définitive, au regard des documents médicaux figurant au dossier jusqu'au 15 juin 2023, les conclusions de l'expertise, dûment motivées et cohérentes, apparaissent convaincantes.

Par conséquent, l'intimé était fondé à reconnaître une pleine valeur probante à ce document et à retenir que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle

dès 2016 et entière dans une activité adaptée depuis toujours, sauf entre les 17 février et 17 mars 2023 (*cf.* avis du SMR du 3 juillet 2023).

5.2 Plusieurs rapports médicaux ont été produits dans le cadre de la présente procédure, lesquels ont été établis postérieurement au prononcé de la décision litigieuse. Conformément à la jurisprudence précitée, ils peuvent être pris en considération en tant qu'ils portent sur la situation antérieure à la décision du 26 septembre 2023.

Il convient par conséquent de les examiner.

5.3 À l'appui de son recours du 25 octobre 2023, complété le 14 mars 2024, le recourant a transmis une attestation du 28 octobre 2021 du Dr E_____, un rapport du 14 juillet 2022 du Dr H_____, deux rapports médicaux du Centre Jean-Violette du 17 juillet 2022, une attestation du 8 août 2022 du Dr E_____; un rapport du 20 octobre 2022 du Dr I_____, un certificat du 13 octobre 2023 du Dr I_____, un certificat établi à Lima le 6 septembre 2023, une lettre de sortie provisoire du 13 septembre 2023 du Dr N_____ et une lettre de sortie définitive du 13 septembre 2023 du Dr O_____, un compte-rendu opératoire du 19 septembre 2023 du Dr O_____, un rapport du 17 octobre 2023 du Dr P_____, une attestation du 6 novembre 2023 du Dr E_____, un rapport du 22 octobre 2023 du Dr H_____ et un rapport du 23 février 2024 du Dr R_____.

5.3.1 Dans son avis du 3 avril 2024, le Dr G_____ a procédé à un examen détaillé de ces pièces.

Il a constaté que le certificat médical établi en langue espagnole à Lima le 6 septembre 2023 évoquait une baisse de l'acuité visuelle à l'œil gauche (le recourant ne voyait que les mouvements des mains) dès le 17 août 2023 dans le contexte d'un décollement de rétine rhégmato-gène et qu'une opération prévue le 2 septembre 2023 n'avait pas pu être effectuée en raison d'une anxiété et de la non tolérance à l'anesthésie locale. Il ressortait du compte rendu opératoire du 19 septembre 2023 et des lettres de sortie du 13 septembre 2023 que le recourant avait bénéficié d'une intervention chirurgicale à l'œil gauche, effectuée sous anesthésie générale par le Dr O_____, pour le traitement d'un décollement de rétine total ancien rhégmato-gène sur trou maculaire et trois déchirures périphériques ayant engendré un séjour hospitalier du 12 au 13 septembre 2023, avec une bonne évolution post-opératoire. Selon le compte-rendu de consultation du 23 février 2024 du Dr R_____ et ses annexes, il était évoqué à l'œil droit un status post laser pour le traitement de déchirures périphériques avec une acuité visuelle à 9/10 et à l'œil gauche une acuité visuelle à 1/20 dans le contexte d'un décollement de la rétine totale opérée avec la présence d'une cataracte importante. Le Dr R_____ avait mentionné une tomographie par cohérence optique de l'œil gauche avec perception d'un trou maculaire en pleine épaisseur et atrophie de la rétine centrale. Le Dr G_____ a conclu que ces nouveaux éléments médicaux,

antérieurs à la décision de l'intimé, étaient susceptibles de remettre en cause les conclusions du SMR du 3 juillet 2023. Il a estimé que l'évolution de la capacité de travail sur le plan ophtalmologique n'était pas connue, de sorte qu'il convenait de questionner les ophtalmologues traitants, soit les Drs O_____ et R_____, afin de se prononcer sur l'évolution des atteintes, les limitations fonctionnelles, la capacité de travail dans l'activité habituelle et la capacité de travail dans l'activité adaptée.

Quant aux autres rapports, lesquels ne concernaient pas les atteintes ophtalmologiques, le Dr G_____ a conclu qu'ils n'apportaient pas d'éléments médicaux susceptibles de modifier les conclusions du SMR du 3 juillet 2023. En effet, le rapport du 14 juillet 2022 du Dr H_____ et les éléments décrits avaient été pris en compte par les experts. Il en allait de même des rapports du 17 juillet 2022 du centre d'imagerie Jean-Violette, du 20 octobre 2022 du Dr I_____ et du 28 octobre 2021 du Dr E_____, étant précisé que ce dernier était identique à celui du 29 octobre 2021. Il a relevé que les éléments évoqués par le Dr E_____ dans son rapport du 6 novembre 2023 étaient identiques à ceux mentionnés dans ses précédents rapports, mis à part la présence d'une coxarthrose bilatérale débutante qui ne représentait pas une atteinte incapacitante de manière notable et durable et qui, par ailleurs, n'avait pas empêché le recourant d'effectuer un long voyage au Pérou. S'agissant de l'état anxieux dépressif rapporté dans l'attestation du 13 octobre 2023 du Dr I_____, il a relevé que le généraliste traitant ne mentionnait pas de suivi psychiatrique, de traitement psychotrope ou d'hospitalisation pour des raisons psychiatriques dans le contexte d'un état anxieux et dépressif, de sorte que cette pièce ne rendait pas plausible la présence de constatations médicales objectives concernant une atteinte psychiatrique incapacitante de manière notable et durable.

5.3.2 La chambre de céans constate que l'avis du SMR du 3 avril 2024 ne prête pas le flanc à la critique.

En effet, certains rapports produits en cours de procédure ou leur contenu ont effectivement déjà été pris en considération par les experts dans le cadre de leur évaluation du 15 juin 2023 (cf. attestations des 28 octobre 2021 et 8 août 2022 du Dr E_____ ; rapport du 14 juillet 2022 du Dr H_____ ; rapport du 17 juillet 2022 du centre d'imagerie Jean-Violette ; rapport du 20 octobre 2022 du Dr I_____). À cet égard, il sera en particulier relevé que le contenu des rapports des 28 octobre 2021 et 8 août 2022 du Dr E_____ correspond à celui établi le 29 octobre 2021, dans lequel le médecin traitant avait retenu une obésité sévère difficile à réduire, une scoliose dorsolombaire et une gonarthrose bilatérale des deux genoux, sévère et prédominante à droite. Il avait listé des limitations fonctionnelles et indiqué que le patient présentait une incapacité de travail totale. Or, ces restrictions avaient déjà été prises en compte par les experts. En outre, l'orthopédiste traitant n'a pas du tout argumenté les raisons pour lesquelles son

patient ne serait pas en mesure d'exercer une activité adaptée compatibles avec les limitations fonctionnelles retenues.

S'agissant de la coxarthrose bilatérale débutante, la chambre de céans constate avec le Dr G_____ que le rapport du 6 novembre 2023 n'atteste pas d'une incapacité de travail notable et durable en raison de cette atteinte, ni ne fait état de limitations fonctionnelles supplémentaires. En outre, les nombreux rapports médicaux au dossier, ainsi que l'expertise, ne relatent pas de plaintes particulières au niveau des hanches. À toutes fins utiles, il sera observé que même s'il fallait retenir des limitations fonctionnelles en raison de la coxarthrose bilatérale débutante, celles-ci rejoindraient celles déjà admises par les experts en raison des troubles aux genoux et des douleurs lombaires.

Quant au diagnostic d'état anxieux et dépressif, il n'a été évoqué que par le Dr I_____ (cf. rapport du 13 octobre 2023), lequel n'est pas un spécialiste en psychiatrie, et de surcroît après le prononcé de la décision litigieuse. Aucun élément du dossier n'atteste de l'existence d'un trouble psychique pour la période antérieure au 26 septembre 2023. Enfin, il est relevé que le recourant a requis une expertise médicale pluridisciplinaire comportant des volets rhumatologique, ophtalmologique et de médecine interne, et ne conclut pas à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, ce qui permet de conclure qu'il n'estime pas que son état de santé psychique aurait des répercussions sur sa capacité de travail.

Partant, il n'existe aucune raison de s'écarter des conclusions du 3 avril 2024 du SMR, lequel a pris en compte tous les rapports médicaux alors produits et les a discutés de façon satisfaisante.

5.4 Le recourant a joints deux documents à sa détermination du 15 mai 2024, soit un rapport du 1^{er} avril 2024 du Dr I_____ et un rapport de consultation du 18 mars 2024 du Dr O_____. Sur cette base, il a requis l'audition des Drs O_____ et R_____.

5.4.1 Ces deux pièces ont à nouveau été soumises au médecin du SMR, qui s'est déterminé dans un avis du 12 juin 2024.

Sur le plan psychiatrique, le Dr G_____ a relevé l'annonce par le généraliste traitant d'une prise en charge psychothérapeutique dans le contexte d'une dégradation de l'état psychique du recourant sans mention de l'existence d'un suivi psychiatrique ou de la prescription d'un traitement psychotrope. Il a considéré qu'il n'était pas en mesure, en l'état actuel du dossier, de retenir une atteinte à la santé psychiatrique notable et durable au sens de l'assurance-invalidité.

Au niveau ophtalmologique, le médecin du SMR a relevé que le recourant présentait une acuité visuelle à son œil gauche mesurée à 2/10, et que cette vision très limitée était essentiellement due au décollement de rétine associé au trou maculaire opéré tardivement et que très partiellement à la cataracte induite par l'opération. Selon lui, il était raisonnable de penser qu'une opération de la cataracte n'allait pas améliorer la qualité de la vision à l'œil gauche de manière

notable. De plus, l'ophtalmologue traitant évoquait que le risque de décollement de rétine pour l'autre œil (étant rappelé que pour l'œil droit une acuité visuelle était mesurée à 9/10) était comparable à celui de la population générale.

Le Dr G _____ a considéré que la situation médicale du recourant était stabilisée et qu'il était en mesure de retenir des limitations fonctionnelles ophtalmologiques qui devaient être prises en considération. En effet, la qualité de vision de l'œil gauche étant altérée, les activités requérant une vision de précision binoculaire, l'usage prolongé d'écrans et la conduite d'engin ou de machine étaient exclus. La capacité de travail dans une activité adaptée était pleine, sauf entre les 12 septembre et 12 décembre 2023, soit une période de trois mois après le traitement du décollement de la rétine datant du 12 septembre 2023.

Ainsi les conclusions du SMR du 3 avril 2024 concernant la pleine capacité de travail dans une activité adaptée demeuraient valables, mis à part pour la période de trois mois après le traitement du décollement de rétine du 12 septembre 2023, pendant laquelle l'incapacité de travail était totale.

5.4.2 S'agissant de l'état anxieux et dépressif, la chambre de céans rappelle que l'existence d'une atteinte à la santé psychique antérieure au prononcé de la décision litigieuse n'est pas établie, au degré de la vraisemblance prépondérante requis. Les nouveaux éléments énoncés dans le rapport du 1^{er} avril 2024 du médecin traitant, soit une péjoration de l'état de santé psychique et la prise en charge psychothérapeutique, concernent également la période postérieure à ladite décision.

Concernant les atteintes ophtalmiques, elle observe que le Dr G _____ est revenu sur sa position du 3 avril 2024 tendant à une instruction complémentaire et a conclu, après réception du rapport du 18 mars 2024 du Dr O _____, qu'il était en mesure de se prononcer sur les limitations fonctionnelles résultant de ces troubles.

Contrairement au Dr O _____, lequel a estimé qu'il serait possible d'évaluer, dès début avril 2024, la possibilité d'une opération de la cataracte et l'implantation d'une lentille intraoculaire qui pourraient significativement améliorer l'acuité visuelle à l'œil gauche, le médecin du SMR a considéré que la situation du recourant était stabilisée, aucune amélioration ne pouvant être obtenue, même avec une intervention. La divergence d'opinion quant à cette question est sans incidence, dans la mesure où ces deux médecins ont retenu une capacité de travail résiduelle, malgré une acuité visuelle fortement limitée à l'œil gauche. En effet, l'ophtalmologue traitant n'a fait mention d'aucune incapacité de travail, indiquant au contraire que la reprise d'une activité professionnelle n'était pas risquée pour l'œil gauche du recourant. Quant au Dr I _____, il a indiqué que le recourant devait éviter tout effort physique important et de rester la tête penchée en bas. À toutes fins utiles, il sera rappelé que les limitations fonctionnelles retenues par les experts excluaient déjà les efforts physiques majeurs.

S'agissant de l'œil droit, les rapports des ophtalmologues traitants n'ont pas fait état d'une diminution de l'acuité visuelle ni d'autres doléances, et le Dr O_____ a relevé qu'il n'existait pas de risque accru de décollement de rétine à l'œil droit par rapport à celui de l'ensemble de la population. Enfin, il ressort tant du rapport du 18 mars 2024 du Dr O_____ que de celui du 1^{er} avril 2024 du Dr I_____ que la seule plainte du recourant liée à ses atteintes ophtalmologiques concerne une baisse de la vue à l'œil gauche.

Par conséquent, la chambre de céans constate que le SMR était en mesure de se prononcer, sur la base des rapports remis par le recourant, sur les restrictions découlant des atteintes ophtalmologiques. Elle observe en outre que les limitations fonctionnelles énumérées par le Dr G_____ dans son avis du 12 juin 2024 sont plus étendues et précises que celles mentionnées par le médecin traitant.

Dans ces circonstances, il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions pertinentes du rapport du SMR du 12 juin 2024.

5.5 À l'appui de son écriture du 28 juin 2024, le recourant a transmis à la chambre de céans un nouveau rapport du 26 juin 2024 établi par les Drs T_____ et U_____ suite à une échographie des yeux du 25 juin 2024.

5.5.1 Cette pièce a été étudiée par le SMR, qui s'est déterminé dans un avis du 24 juillet 2024, et a conclu que les nouveaux éléments médicaux n'étaient pas susceptibles de modifier ses conclusions du 12 juin 2024.

À l'œil droit, l'examen échographique retrouvait une myopie sévère ainsi qu'un décollement postérieur du vitré incomplet avec visualisation d'une déchirure périphérique en région temporale, plus précisément sur le méridien de 9h prenant l'aspect d'une déchirure clapet, le reste de la rétine étant normale. Aucun décollement de la rétine n'avait été constaté à l'examen échographique. En outre, aucun symptôme en lien avec le décollement postérieur du vitré incomplet n'avait été évoqué dans le rapport de cet examen. Enfin, concernant la déchirure clapet de la rétine, un éventuel traitement au laser sans complications, dont le recourant avait déjà bénéficié par le passé, n'était pas propre à justifier une incapacité de travail notable et durable, ni à altérer de manière significative l'acuité visuelle, qui avait été évaluée à 9/10 à la suite de ce type d'intervention.

À l'œil gauche, les images en coupe retrouvaient un globe vitrectomisé avec une rétine à plat dans tous les secteurs. Il a relevé la présence d'une cataracte totale et rappelé qu'il avait déjà retenu des limitations fonctionnelles concernant la vision de cet œil dans son avis du 12 juin 2024.

5.5.2 Force est donc de constater que l'appréciation approfondie du Dr G_____ quant à cette nouvelle pièce est claire, motivée et conforme aux éléments décrits dans le rapport du 26 juin 2024, dont il ressort effectivement que seul l'œil gauche présente une cataracte. Or, les limitations fonctionnelles liées à une baisse de la vue à cet œil ont déjà été prises en compte dans l'avis du SMR 12 juin 2024. S'agissant de l'œil droit, les différentes pièces au dossier ne font pas état de plainte

ou de limitation fonctionnelle en lien avec la déchirure de clapet retrouvée à l'échographie du 25 juin 2024. De surcroît, il est relevé que le décollement postérieur du vitré incomplet avait déjà été mentionné par les autres ophtalmologues traitants sans que des restrictions ou doléances ne soient rapportées (cf. notamment lettre de sortie du 13 septembre 2023 du Dr O_____).

Aucun rapport au dossier n'est de nature à remettre en cause le bien-fondé des conclusions prise par le SMR le 24 juillet 2024, qui apparaissent pertinentes et convaincantes.

5.6 Enfin, dans sa détermination du 24 septembre 2024, le recourant a produit un rapport du 3 septembre 2024 du Dr E_____ qu'il avait invité à se prononcer sur l'expertise pluridisciplinaire du 15 juin 2023.

La chambre de céans relève que ce médecin a fait état d'une récurrence du syndrome du canal carpien à gauche, ainsi que de l'émergence de ce symptôme au poignet droit. En l'absence de tout indice contraire, il y a lieu de conclure que ces troubles, évoqués en septembre 2024, concernent l'état de santé du recourant après le prononcé de la décision litigieuse du 26 septembre 2023, de sorte qu'ils ne peuvent être pris en considération dans le cadre de la présente procédure. Il est en outre souligné que le recourant ne se prévaut pas de limitations fonctionnelles en lien avec ces atteintes.

Elle observe ensuite que l'orthopédiste traitant n'a pas relevé de contradictions dans les conclusions des experts. Il s'est contenté de relater l'avis du recourant, lequel déplorait que l'intimé ait considéré qu'il ne souffrait d'aucune invalidité et qu'il présentait une capacité de travail de 100%. Il a rappelé les plaintes du patient, à savoir des douleurs mécaniques des deux genoux, davantage à droite, des lombalgies, des fessalgies et des douleurs aux premiers rayons de chaque pied, et précisé que ces douleurs conduisaient l'intéressé à considérer qu'il n'était plus apte à travailler. Or, en aucun cas l'orthopédiste traitant a indiqué partager cet avis. Au contraire, il a précisé « à noter, tout de même, qu'il se déplace librement et sans cannes ». Il a également souligné le fait que le patient avait acheté un vélo d'appartement pour garder une activité physique. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr E_____ a indiqué qu'il « existe des impotences fonctionnelles décrites dans l'expertise, mais qui ne sont pas du seul ressort ostéo-articulaire », sans faire valoir que d'autres restrictions devraient s'ajouter à celles déjà retenues. Enfin, il sied de relever que ce document n'atteste pas d'une incapacité de travail.

Partant, le rapport du 3 septembre 2024 du Dr E_____ ne permet pas de remettre en doute les conclusions de l'expertise du 15 juin 2023, ni les déterminations postérieures du SMR des 3 avril, 12 juin et 24 juillet 2024.

5.6.1 Eu égard à tout ce qui précède, au vu du dossier contenant les éléments nécessaires pour trancher le litige, la chambre de céans considère, par appréciation

anticipée des preuves, qu'il n'est pas nécessaire d'entendre les Drs I_____, E_____, O_____ et R_____, ni de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

Elle est en effet d'avis que les nombreux rapports produits permettent de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la capacité de travail du recourant est nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles énumérées par les experts et complétées par le SMR dans son avis du 12 juin 2024 pour tenir compte des atteintes ophtalmologiques, depuis toujours, hormis durant les périodes d'interruption d'environ un mois pour l'intervention chirurgicale du canal carpien gauche du 17 février 2023 et de trois mois après le traitement du décollement de la rétine du 12 septembre 2023.

6. Il convient à présent de se déterminer sur le degré d'invalidité.

6.1 À teneur des art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI, 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.

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

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

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

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

être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

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'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

6.2 En l'espèce, il ressort de la détermination du degré d'invalidité que l'intimé a calculé le salaire avec invalidité sur la base des ESS 2016 (TA1_tirage_skill_level, homme, total, 41.7, soit un salaire mensuel de CHF 5'567.-, annualisé à CHF 66'803.-, auquel il a appliqué un abattement de 5% pour prendre en compte les limitations fonctionnelles du recourant). En ce qui concerne le revenu sans invalidité, l'intimé a indiqué s'être référé au salaire réalisé en 2011 ressortant du compte individuel AVS, soit CHF 55'868.- [NDR : le chiffre exact étant CHF 58'868.-], indexé jusqu'à l'année de calcul de référence, soit 2016.

Le recourant ne fait valoir aucun argument à l'encontre du calcul du degré d'invalidité.

S'agissant du revenu avec invalidité, la chambre de céans relève que l'intimé a déterminé à juste titre le salaire sur la base des données statistiques, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle depuis 2012. Toutefois, l'intimé a retenu à tort l'année 2016 comme l'année de référence, au lieu de l'année 2021. En effet, conformément à la jurisprudence précitée, pour procéder à la comparaison des revenus, le moment déterminant est celui de la naissance du droit à la rente. Dans la mesure où la demande de prestations a été déposée le 5 février 2021 et qu'il ressort des documents médicaux que le recourant présente une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis 2016, le début du droit éventuel à la rente se situe au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, soit dès août 2021 (cf. art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI). Par conséquent, il convient de se référer au tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2020. Le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples dans le secteur privé s'élève à CHF 5'261.- pour un homme (ligne total, niveau de compétence 1, part au 13^e salaire comprise). En ajustant le salaire à la durée normale de travail en 2021, soit 41.7 heures, ainsi qu'à l'année de référence de 2021, le revenu annuel correspond à CHF 65'328.-. La chambre de céans ne s'écartera pas de l'abattement de 5% retenu par l'intimé,

lequel n'est au demeurant pas contesté par le recourant. Ainsi, le montant déterminant s'élève à CHF 62'062.-.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé s'est référé au salaire réalisé en 2011, lequel correspond non seulement à la dernière année complète avant l'atteinte à la santé, mais également à celle durant laquelle le recourant a perçu le plus de revenus selon l'extrait de compte individuel. Le salaire alors réalisé s'élève à CHF 58'868.-, et non à CHF 55'868.- tel que retenu par l'intimé. Ce chiffre doit être adapté à l'année de référence, soit 2021, et non 2016 comme mentionné par l'intimé, ce qui donne un salaire annuel sans invalidité de CHF 61'850.70 (CHF 58'868 x 2281 / 2171).

La comparaison des revenus révèle ainsi l'absence de toute perte de gain. Le degré d'invalidité est donc de 0%.

La décision litigieuse est dès lors bien fondée.

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature 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

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY

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