



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3094/2021

ATAS/1184/2022

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 22 décembre 2022**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à MEYRIN, représenté par  
l'Association suisse des assurés (ASSUAS)

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

## **EN FAIT**

**A. a.** Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1961, originaire d'Albanie, a exercé une activité de maçon pour une société dont il était l'associé gérant depuis 2008, qui a été radiée en 2015.

**b.** Le 11 décembre 2009, l'assuré a été victime d'un accident : il a glissé et chuté sur le dos, alors qu'il portait une pierre, ce qui a eu pour conséquence une contusion lombaire. L'évolution a été lentement satisfaisante, avec des douleurs lombaires persistantes.

**c.** Le 4 mars 2016, l'assuré a été victime d'un nouvel accident : il a glissé sur de la neige et s'est blessé au dos, au métacarpe et à la jambe. Une totale incapacité de travail s'en est suivi.

**d.** Le 23 novembre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI).

L'instruction de sa demande a permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- Un scanner lombaire du 12 janvier 2010 a mis en évidence des troubles discaux, un canal lombaire étroit et des troubles dégénératifs étagés.

- Le 30 novembre 2010, une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire a conclu : « Pas de hernie discale ou de protrusion significative. Canal lombaire étroit sévère en L4-L5, à la hauteur du plateau vertébral supérieur de L5. Ce canal étroit est induit par une arthrose des massifs articulaires postérieurs avec hypertrophie facettaire et des ligaments jaunes. Le diamètre du fourreau dural à ce niveau n'est plus que de 7 mm. Arthrose moins accusée des massifs articulaires postérieurs aux niveaux sus et sous-jacents en particulier en L5-S1. »

- Le 10 février 2011, le docteur B\_\_\_\_\_, rhumatologue, dans un rapport d'expertise à l'intention de l'assurance perte de gain, a conclu à des lombosciatalgies gauches chroniques, dans un contexte de canal lombaire étroit L4-L5 sévère et de tendinobursite trochantérienne gauche avec nodule de Copemann para-lombaire gauche douloureux. La capacité de travail était nulle comme maçon. L'assuré pouvait en revanche vaquer à des tâches administratives à hauteur de 50%, voire plus, en fonction de l'évolution.

- Le 4 mai 2016, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne consulté par l'assuré suite à son second accident, a attesté d'un hématome sur la fesse gauche, d'une enflure au poignet gauche, sans fracture.

- Une IRM de la main gauche du 24 mai 2016 a confirmé l'absence de contusion ou fracture osseuse post-traumatique et montré un discret épanchement dans les articulations métacarpo-phalangiennes II à V prédominant au niveau du 2ème rayon

et un minime épanchement péri-tendineux au niveau des tendons fléchisseurs pouvant faire suspecter des discrets signes de synovite et ténosynovite.

- Une échographie de la main gauche du 6 septembre 2016 a conclu à deux petits kystes ténosynoviaux des tendons fléchisseurs du 4ème rayon à la limite entre le 1/3 moyen et le 1/3 distal du 4ème métacarpien. Aucune autre anomalie n'a été mise en évidence.

- Le 3 octobre 2016, la docteure D\_\_\_\_\_, neurologue, consultée en raison des douleurs à la main et des lombosciatalgies, a indiqué qu'il n'y avait pas d'argument pour une douleur neurogène et une atteinte nerveuse ; le problème semblait plus d'ordre inflammatoire rhumatologique post-traumatique.

- Une IRM lombosacrée du 17 octobre 2016 a montré une sténose récessale relative L5 gauche en lien avec une discopathie et une arthrose interapophysaire postérieure, une sténose foraminale L5-S1 bilatérale avec amincissement de la graisse périradiculaire L5 des deux côtés, en lien avec un minime débord discal circonférentiel et avec une arthrose interapophysaire postérieure bilatérale, l'absence de fracture récente ou ancienne visible.

- Le 17 octobre 2016, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur-accidents, a retenu les diagnostics de lombosciatalgies gauches, traumatisme de la main gauche sans lésion anatomique et noté la persistance de quelques douleurs, sept mois après la chute. S'agissant de la main gauche, compte tenu de la mobilité constatée et des faibles douleurs occasionnées à la mobilisation, une reprise d'activité professionnelle était exigible.

- Le 11 novembre 2016, le Dr E\_\_\_\_\_, après des examens complémentaires au niveau lombaire, a considéré que la situation était revenue à son état antérieur sur ce plan.

- Le 2 décembre 2016, le Dr F\_\_\_\_\_ a attesté de douleurs de la face antérieure de la main gauche au niveau des 4ème et 5ème rayons, non expliquées par l'IRM et l'échographie. Selon lui, l'activité habituelle n'était pas exigible. En revanche, la capacité de travail était totale dans une activité adaptée, sans port de charges.

- Le 20 décembre 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a confirmé la possibilité d'une reprise de travail le 1er janvier 2017 dans une activité adaptée.

- Le 21 janvier 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ a mentionné : des lombosciatalgies L5-S1 gauche, un canal lombaire étroit, une hernie discale L5-S1, une arthrose lombaire et de l'obésité. L'activité de maçon n'était plus exigible, mais une activité légère l'était en revanche à 100%, étant précisé que l'assuré ne pouvait ni soulever de poids, ni travailler en hauteur, ni exécuter des travaux répétitifs de la main gauche, qu'il avait des difficultés à bouger au niveau lombaire et des douleurs à la main gauche et qu'il boitait.

- Le 21 février 2017, le Service médical régional de l'AI (SMR) a considéré que l'activité de maçon n'était plus exigible en raison des troubles du rachis lombaire,

mais qu'une activité adaptée l'était depuis le 4 septembre 2016, soit 6 mois après l'accident.

- Le 28 avril 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré souffrait de douleurs sciatalgiques, ne pouvait marcher, ou rester debout ou assis trop longtemps et devait éviter de porter des charges. Par ailleurs, il présentait une diminution de la fonctionnalité de la main gauche.

**e.** Par décision du 29 mai 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que le degré d'invalidité – fixé à 12% après comparaison du revenu sans invalidité (CHF 60'599.- en 2015) à un revenu d'invalidé de CHF 53'306.- (calculé selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2014, TA1, niveau 1, total, indexé à 2015, après déduction de 20% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, de l'âge et du fait que seule une activité légère serait possible) – était insuffisant pour ouvrir droit à des prestations.

**f.** Saisie d'un recours interjeté par l'assuré, la Cour de céans, par arrêt du 28 mai 2018, l'a admis, en ce sens qu'elle a annulé la décision du 29 mai 2017 et renvoyé la cause à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants (ATAS/454/2018).

Avaient notamment été versés à la procédure, outre le dossier de l'OAI :

- une IRM du 17 novembre 2017 concluant à un aspect stable L5-S1 par rapport à l'IRM précédente, avec sténose récessale L5 gauche et sténose foraminale L5-S1 des deux côtés (avec amincissement de la graisse péri-radiculaire L5) et diminution des anomalies de signal de type Modic I au niveau L5-S1 à gauche ;
- un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ récapitulant les diagnostics (contusion fessière avec étirement du quadriceps 08/02/2012 ; désensibilisation de la sacro-iliaque droite pour radiofréquence et thermo-coagulation ; contusion main gauche et fesse gauche 04/03/2016 ; canal lombaire étroit 2014 avec douleurs lombaires chronique ; rétrolisthésis L4 avec discarthrose L4-L5 [2010] ; hernie discale L5-S1 droite ; géode inflammatoire versant sacro iliaque gauche [2011] ; arthrose lombaire ; obésité ; kystes thénosynoviaux tendons fléchisseurs 4ème rayon main gauche [Dr F\_\_\_\_\_] ; état dépressif débutant modéré 2017) et faisant état d'un tableau clinique stable dans la médiocrité, avec aggravation des douleurs lombaires et de la main par temps froid ; l'assuré ne pouvait rester assis ou debout longtemps ; il restait souvent couché en raison des douleurs lombaires et ne pouvait utiliser sa main gauche que pour des travaux légers ; sa capacité de travail était nulle en tant que maçon et très réduite, même pour des travaux légers, en raison des douleurs lombaires ne permettant pas de rester debout ou assis plus d'une demi-heure ; s'y ajoutaient des douleurs à la main gauche, une dépression et un sommeil perturbé ; selon le médecin, au mieux, on pourrait réintégrer l'assuré à 50% dans un travail léger ;

- un avis du SMR du 8 janvier 2018 relevant que l'IRM du 17 novembre 2017 et le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 24 novembre 2017 démontraient un état stable, sans aggravation depuis 2016, mais, au contraire, une nette amélioration ;
- la duplique de l'OAI, dans laquelle ce dernier indiquait pouvoir se rallier à l'argument de l'assuré, concernant la fixation du revenu sans invalidité et constatant que cela conduisait à un degré d'invalidité de 23%, restant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ;
- une attestation du Dr C\_\_\_\_\_ du 16 mars 2018 expliquant que l'état dépressif débutant modéré du patient décrit dans son certificat du 24 novembre n'était pas traité par médicaments, mais consistait en un suivi par le médecin de famille avec soutien moral ; il n'était pas exclu, en fonction de l'évolution, qu'une prise en charge psychiatrique devienne nécessaire ; toutefois le patient n'avait pas montré de signes de décompensation.

Dans ses considérants, la Cour a relevé que l'appréciation du Dr E\_\_\_\_\_ ne permettait pas de conclure à une capacité de travail recouvrée dès le 4 septembre 2016, l'impact des troubles d'ordre maladif n'ayant pas été analysé par ce médecin.

Les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, uniquement sur dossier, ne se référaient à aucun rapport médical antérieur.

Si le Dr C\_\_\_\_\_ avait certes d'abord attesté d'une capacité de travail dans une activité adaptée dès le 21 janvier 2017, il avait aussi indiqué, le 28 avril 2017, que tel n'était plus le cas, l'assuré étant alors, selon lui, totalement incapable d'exercer la moindre activité. Puis, le 24 novembre 2017, le Dr HANY avait évalué la capacité de travail à 50%, au mieux, dans une activité légère.

Quant au Dr B\_\_\_\_\_, il s'était prononcé antérieurement à l'accident de 2016, de sorte que son appréciation de la capacité de travail n'apparaissait plus pertinente. Il avait néanmoins évoqué des lombosciatalgies gauches chroniques, dont le pronostic n'était pas très bon - vu la durée de l'évolution et l'absence de réponse aux traitements - et émis des doutes sur la possibilité d'une reprise d'activité adaptée à un taux supérieur à 50%.

La Cour en a tiré la conclusion que, dans ces conditions, l'OAI ne pouvait conclure à une capacité de travail de 100% dès septembre 2016. Les données médicales étant toutefois insuffisantes pour lui permettre de statuer, en particulier sur le plan somatique, il convenait de procéder à une instruction complémentaire avant de statuer à nouveau.

Sur le plan psychique, en revanche, l'assuré ne souffrant à ce stade que d'un état dépressif débutant modéré, sans signe de décompensation, une investigation psychiatrique ne paraissait pas d'emblée justifiée.

**B. a.** L'OAI a repris l'instruction du dossier.

**b.** Dans un rapport du 19 octobre 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté une totale incapacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, évaluation qu'il a justifiée par les limitations fonctionnelles déjà connues, en y ajoutant un ralentissement intellectuel. Le médecin précisait qu'à son avis, une réadaptation dans une autre activité n'était désormais plus possible, « le patient ayant abandonné tout espoir de pouvoir retrouver un travail et développant depuis 2017 un état dépressif réactionnel de plus en plus important ».

**c.** Le SMR a constaté que, malgré tout, aucun traitement psychotrope n'avait été mis en place.

**d.** L'assuré a été adressé pour expertise au docteur G\_\_\_\_\_, rhumatologue, qui a rendu son rapport en date du 26 février 2019.

L'expert a retenu les diagnostics de lombosciatalgies gauches chroniques, non irritatives, non déficitaires, dans un contexte de trouble dégénératif postérieur étagé, prédominant en L4-L5 et d'arthrose des sacro-iliaques, prédominant à gauche. Il a également mentionné une obésité et un antécédent de traumatisme à la main gauche avec vraisemblable entorse bénigne des métacarpes de la main, dont il a précisé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail.

Au niveau du rachis lombaire, ont été retenues à titre de limitations fonctionnelles : la nécessité d'éviter les mouvements répétés de flexion/extension du tronc, la position prolongée en porte-à-faux, les positions assise ou debout de plus de 45 minutes, la position debout statique plus de 20 minutes, le port répété de charges de plus de 10 kg et la marche au-delà d'un kilomètre.

L'incapacité de travail a été jugée totale dans l'activité habituelle de maçon, au vu des troubles dégénératifs non compatibles avec l'exercice d'une telle profession. Quant à la capacité de travail exigible, l'expert a expliqué qu'elle devait être déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique du rachis lombaire. Dans une activité adaptée, physiquement légère, il l'a jugée totale à six mois de la chute survenue en mars 2016, c'est-à-dire à partir du 4 septembre 2016. Sur ce point, l'expert a indiqué partager l'avis du SMR émis en février 2017, expliquant que ce sont des facteurs étrangers à l'invalidité qui ont expliqué l'arrêt professionnel de l'assuré (diminution du nombre de commandes, manque de maîtrise du français, absence de formation, âge de l'assuré).

S'agissant de la capacité de travail, l'expert a noté des discordances dans le positionnement du Dr C\_\_\_\_\_, alors que l'état de santé de son patient ne s'était pas modifié : ainsi, le Dr C\_\_\_\_\_ avait admis une exigibilité de 100% dans une activité légère en janvier 2017, puis une incapacité totale de travail en novembre 2018 (alors qu'aucune modification n'était survenue sur le plan rhumatologique, les diagnostics étant restés les mêmes : un canal lombaire étroit L4-L5 connu depuis 2010, une ankylose des sacro-iliaques bilatérale et un status post

désensibilisation de l'articulation sacro-iliaque droite). C'est la raison pour laquelle l'expert s'est rallié à l'avis du Dr E\_\_\_\_\_.

Il a émis un pronostic moyen quant à l'évolution des troubles dégénératifs du rachis et un mauvais pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle, en soulignant toutefois que c'était en raison de facteurs étrangers à l'invalidité.

**e.** L'OAI a alors procédé à une évaluation du degré d'invalidité, qu'il a fixé à 12.96%, après comparaison du revenu d'invalidé, de CHF 53'681.- (ESS 2016 TA1\_tirage\_skill\_level = 5'340.-CHF/mois pour un horaire de 40 h./sem. = 5'567.- CHF/mois pour un horaire de 41,7 h./sem. = CHF 66'803.- en 2016 = CHF 67'102.- en 2017) après réduction de 20% pour tenir compte de l'âge, de limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère était désormais possible), à un revenu avant invalidité de CHF 61'673.-.

**f.** Le 27 février 2019, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait lui nier le droit à toute prestation.

**g.** L'assuré s'y est opposé en reprochant à l'OAI de lui avoir transmis son mandat d'expertise directement, en faisant fi de l'élection de domicile auprès de son ancien conseil. Il lui a également reproché de ne pas lui avoir transmis les questions qui seraient soumises à l'expert, violant ainsi son droit d'être entendu, alléguant que s'il avait pu user de celui-ci, il aurait demandé que l'expert se prononce formellement sur l'expertise du Dr B\_\_\_\_\_ et les raisons pour lesquelles il s'éloignait de celle-ci.

Il a également fait grief à l'OAI de n'avoir pas examiné la possibilité de lui octroyer des mesures professionnelles.

Enfin, il a rappelé que, lors de la procédure judiciaire, l'OAI s'était rallié à son argumentation s'agissant de la fixation du revenu avant invalidité. Il avait alors argumenté que celui-ci devait être fixé à CHF 79'692.- (CHF 6'641.- x 12 selon ESS 2014, secteur de la construction de bâtiments spécialisés).

**h.** Le dossier a été soumis à la division de réadaptation professionnelle et une mesure d'aide au placement a été proposée à l'assuré auprès de la Fondation intégration pour tous (IPT). Parce qu'il avait été constaté que sa compréhension du français et son expression n'étaient pas maîtrisées, d'une part, que ses connaissances en informatique étaient inexistantes, d'autre part, des cours étaient également prévus.

**i.** Par courrier du 27 novembre 2019, le Dr C\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que la situation de son patient s'était considérablement aggravée au niveau lombaire, avec un rétrécissement en L4-L5. Son patient n'arrivait pas à rester debout, ni assis plus de 10 à 20 minutes sans douleurs et présentait une faiblesse au niveau du membre gauche. Dès lors un stage d'intégration n'était pas possible pour le moment. Une évaluation neurologique était en cours.

En annexe à ce courrier était produit un rapport d'IRM du 18 novembre 2019 concluant à : une dégénérescence discale étagée plus accusée en L3-L4, L4-L5 et L5-S1 avec discopathie L4-L5 et L5-S1 par rapport à un examen antérieur de 2010, à des protrusions discales L4-L5 et L5-S1 sans contrainte radiculaire, à un canal lombaire constitutionnel étroit et rétréci à la hauteur L4-L5 avec comblement des canaux radiculaires par arthrose, à une enthésopathie et à une sclérose de part et d'autre des articulations sacro-iliaques avec ankylose.

**j.** Finalement, l'assuré n'a jamais débuté la mesure ordonnée chez IPT.

**k.** Un nouvel entretien s'est tenu avec la division de réadaptation, fin mars 2020, à l'issue duquel il a été constaté que l'assuré n'avait aucun projet professionnel et n'était pas dans une dynamique de retour à l'emploi. Ses limitations fonctionnelles associées à un niveau d'études peu élevé, ainsi qu'une mauvaise maîtrise du français étaient des facteurs contextuels influençant défavorablement un retour au travail. Dès lors, le mandat de réadaptation a été clôturé.

**l.** L'OAI a dès lors à nouveau évalué le degré d'invalidité de l'assuré et l'a fixé à 18,69% en comparant le revenu d'invalidé, de CHF 61'197.- (ESS 2016 TA1(privé), total = 5'340.- CHF/mois pour 40 h./sem. = 5'567.- CHF/mois pour 41,7 h./sem. = CHF 66'803.- en 2016 = CHF 67'997.- en 2020), après réduction de 10% pour tenir compte de l'âge et des limitations fonctionnelles, au revenu avant invalidité de CH 75'268.- (ESS 2016, TA1, lignes 41-43 construction, niveau de compétences 2 [à l'avantage de l'assuré et tenant compte également de l'expérience de celui-ci] = CHF 5'911.- CHF/mois pour 40 h./sem. = 6'162.- CHF/mois pour 41,7 h./sem. = CHF 73'946.60 en 2016).

**m.** Par décision du 26 juillet 2021, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité au motif que le degré d'invalidité n'était que de 18,7%.

**C. a.** Le 14 septembre 2021, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles.

**b.** Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 3 novembre 2021, a conclu au rejet du recours.

**c.** Par écriture du 28 janvier 2022, l'assuré a contesté le revenu avant invalidité retenu, arguant qu'il devrait être fixé à CHF 79'692.-, comme l'avait admis l'intimé lors de la procédure judiciaire précédente. S'agissant des mesures professionnelles, il rappelle qu'elles n'ont jamais pu être mises en place en raison de son niveau de français et de son état de santé. Il en déduit qu'il ne peut réintégrer le marché de l'emploi. Il reproche à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu dans le cadre de la mise en œuvre de l'expertise à laquelle il nie toute valeur probante au motif qu'elle s'écarte des conclusions du Dr B\_\_\_\_\_ et ne tient pas compte de l'aggravation de son état de santé attestée en novembre 2019 par le Dr C\_\_\_\_\_.

**d.** Dans sa duplique du 28 février 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours.



e. Les autres faits seront repris - en tant que de besoin - dans la partie "en droit" du présent arrêt.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. 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.
3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).
4. Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

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 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA; art. 62ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).
6. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation professionnelle.
- 7.

**7.1** Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique,

mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur depuis janvier 2008).

**7.2** 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.

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

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

## **8.**

**8.1** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

**8.2** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les

points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 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 Nr. 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\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

**8.4** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

## 9.

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

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

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

**9.4** Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques

résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

**9.5** Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1\_tirage\_skill\_level, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). 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).

**9.6** La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service,

nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée ([ATF 126 V 75](#) consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

**9.7** En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

**9.8** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, ne peut être exercée que

sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

- 10.** En l'espèce, se pose en premier lieu la question de la violation du droit d'être entendu du recourant et des conséquences éventuelles. En effet, l'assuré fait grief à l'intimé de ne pas lui avoir communiqué la liste des questions soumises à l'expert. Il argue que, s'il en avait eu la possibilité, il aurait demandé expressément que l'expert se détermine par rapport à l'expertise du Dr B\_\_\_\_\_, dont le Dr C\_\_\_\_\_ avait indiqué qu'elle restait valable.

**10.1** La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa ; ATF 124 V 181 consid. 1a ; ATF 124 V 375 consid. 3b et les références).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 132 consid. 2b et les références).

**10.2** En l'occurrence, il y a effectivement eu violation du droit d'être entendu dans la mesure où l'intimé n'a pas soumis à l'assuré la liste des questions qu'il entendait poser à l'expert, mais cette violation peut être considérée comme réparée dans la mesure où l'on peut admettre qu'elle n'a pas porté à conséquence. En effet, s'agissant de l'expertise du Dr B\_\_\_\_\_, il y a lieu de rappeler que, même si le Dr C\_\_\_\_\_ s'y réfère, la Cour de céans elle-même, dans son arrêt 28 mai 2018, a jugé qu'elle était désormais dénuée de toute pertinence pour juger de l'état de santé de l'assuré, puisque, non seulement elle remontait à février 2011,

soit bien avant le dépôt de la demande de prestations, mais encore elle était antérieure au second accident survenu en 2016. Dans ces conditions, il ne se justifiait aucunement de demander à l'expert, en 2019, d'expliquer les raisons pour lesquelles il s'écartait d'une expertise remontant à près d'une décennie plus tôt et n'étant, dès lors, plus d'actualité.

- 11.** Il convient ensuite d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise sur lequel se fonde l'intimé pour retenir une capacité de travail de 100% à compter de septembre 2014.

En premier lieu, on constatera que ce rapport remplit tous les réquisits formels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (résumé du dossier, anamnèse, indications subjectives de l'assuré, observations cliniques).

Le recourant lui reproche cependant d'ignorer le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 27 novembre 2019 auquel était jointe l'IRM du 18 novembre 2019 faisant état d'une aggravation de son état de santé.

L'expert a pourtant expliqué de manière détaillée pour quelles raisons il s'écartait de l'évaluation du Dr C\_\_\_\_\_, dont il a à juste titre relevé que ses prises de position en matière de capacité de travail étaient incohérentes puisqu'elles avaient varié dans le temps alors même que les diagnostics et limitations étaient restés strictement identiques. On ajoutera que, comme le relève l'intimé, l'aggravation décrite par l'IRM de 2019 se réfère à une IRM de référence de 2010, étant rappelé que d'autres imageries sont intervenues dans l'intervalle, en 2016 et 2017, qui, elles, montrent une situation comparable à celle de 2019, en particulier, l'absence d'atteintes radiculaires. Quant au canal lombaire étroit décrit, l'expert a souligné qu'il était favorisé par l'anatomie particulière de l'assuré. Il a au surplus bien et bien retenu l'arthrose des sacro-iliaques décrite.

Quant au fait que l'assuré ne puisse conserver une position statique durablement, l'expert en a également tenu compte dans l'énumération des limitations fonctionnelles.

Dès lors, aucun élément médical objectif ne permet de mettre en doute les conclusions de l'expert. C'est donc à juste titre que l'intimé s'y est rallié et a admis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

- 12.** Le calcul du degré d'invalidité ne prête pas non plus le flanc à la critique.

A cet égard, la Cour de céans se contentera de relever que, même en adoptant le revenu avant invalidité préconisé par le recourant (soit CHF 79'692.-) et en appliquant une réduction de 20% au revenu d'invalidité, comme l'avait fait l'intimé précédemment (conduisant à un montant de CHF 48'958.-), le taux d'invalidité, de 38,57% reste insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

Enfin, s'agissant des mesures de réadaptation professionnelles requises, force est de constater que les conditions n'en sont pas réunies dès lors que l'intimé a tenté de les mettre en place, mais qu'il s'est effectivement avéré, au vu de facteurs



étrangers à l'invalidité et tenant aux capacités linguistiques et informatiques de l'assuré, d'une part, de son manque de motivation, d'autre part (cf. observations de la fondation IPT), qu'elles étaient dénuées de chances de succès.

Il apparaît malvenu de reprocher à l'intimé de n'avoir pas examiné cette possibilité, étant rappelé que l'assuré a été reçu à plusieurs reprises par le service de réadaptation professionnelle, qu'une mesure de placement chez IPT lui a été proposée pour soutenir sa réinsertion professionnelle, qu'un délai lui a été accordé pour qu'il donne son accord, que sans réponse de sa part, un second délai lui a été accordé, qu'il a été convenu qu'il bénéficierait d'un cours de français, ainsi que de cours de technique de l'information et de communication et que l'assuré ne s'est pas présenté aux rendez-vous en invoquant son état de santé. La fondation IPT a également relaté qu'il n'avait pas fait preuve d'une grande assiduité lors des différents entretiens convenus.

Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'intimé a clôturé le dossier de réadaptation.

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et le recourant condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1bis LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
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

Christine RAVIER

Karine STECK

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