

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3158/2023

ATAS/432/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 juin 2024

Chambre 10

En la cause

A _____
représenté par Me Rachel DUC, avocate

recourant

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 _____ 1974 en Egypte, est arrivé en Suisse le 13 juin 2006 et a épousé Madame B_____, née le _____ 1935, en date du 20 juin 2006. Depuis lors, l'assuré a exercé diverses activités, notamment dans l'hôtellerie et la restauration, puis dans le secteur du nettoyage, du 20 novembre 2008 au 31 décembre 2009.

b. Le 9 novembre 2006, l'assuré a été bousculé par un homme qui courait et est tombé sur le côté gauche. Il a subi un traumatisme crânio-cervical, sans perte de connaissance, et présenté des douleurs aux niveau du coude et de l'épaule gauche. Sa capacité de travail a été de 0% jusqu'au 26 novembre 2006, puis de 50% jusqu'au 18 décembre 2006, date de la reprise d'activité.

Le 8 mai 2007, l'assuré a annoncé une rechute de l'accident, signalant des douleurs sacro-lombaires et une contracture musculaire, avec une mobilité douloureuse, entraînant une incapacité de travail totale depuis le 3 avril 2007. À partir du 1^{er} août 2007, l'assureur-accidents a considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

c. L'assuré s'est inscrit auprès de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) et un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert dès le 13 février 2010. Un droit aux indemnités de chômage lui a été reconnu jusqu'au 31 mai 2011.

d. Le 3 avril 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), mentionnant souffrir du dos depuis l'accident du 9 novembre 2006.

e. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a notamment reçu des rapports établis le 27 juin 2007 par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique mandaté par l'assureur-accidents, les 3 juin et 3 septembre 2011 par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale, le 6 juin 2011 par le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le 2 mars 2012 par le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie,

f. Le 23 mai 2012, le service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a procédé à un examen clinique rhumatologique de l'assuré. Dans son rapport y relatif du 7 août 2012, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions durables sur la capacité de travail, des troubles statiques et transitionnels du rachis dorso-lombaire avec des séquelles de la maladie de Scheuermann avec une cunéisation de D10, des troubles transitionnels avec une hémisacralisation droite de L5 et une lyse isthmique droite de L5, ainsi qu'une probable discopathie de L5-S1. La capacité de travail exigible était de 100% dans une activité adaptée et de 80% dans l'activité habituelle.

g. Par rapport du 10 octobre 2012, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a noté que son patient avait subi le 18 août 2012 une fracture du deuxième métatarsien du pied droit suite à un accident alors qu'il circulait à vélo. Il était en outre suivi par un psychiatre pour une dépression réactionnelle.

h. Le 20 novembre 2012, le SMR a procédé à un nouvel examen rhumatologique de l'assuré. Dans son rapport du 21 décembre 2012, le docteur I_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a retenu, avec répercussion durable sur la capacité de travail, des dorso-lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de troubles statiques et d'hémisacralisation de L5 avec une discopathie débutante. Il a également retenu, sans répercussion sur ladite capacité, un status post fracture de la tête du deuxième métatarsien droit, traitée conservativement, un status post contusion du coude gauche et de l'épaule gauche, et un status post traumatisme crânien simple. L'atteinte au pied droit justifiait la prise en considération de limitations fonctionnelles pour une période transitoire. Concernant le rachis dorso-lombaire, les restrictions portaient sur le port de charges répété au-delà de 10 kg et épisodique au-delà de 20 kg, la position assise prolongée au-delà d'une heure et demie et la position en porte-à-faux prolongée. La capacité de travail était réduite de 20% dans une activité de plongeur en cuisine, depuis janvier 2012, date de la première consultation du Dr F_____. Par contre, une activité de nettoyage respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis était exigible à 100%. L'incapacité de travail avait ensuite été totale dans toute activité en raison de la fracture du deuxième métatarsien droit. À partir de décembre 2012, la capacité de travail exigible était de 100% dans une activité adaptée et de 80% dans l'activité de plongeur en restaurant.

i. Par rapport du 26 janvier 2013, le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à l'OAI qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail. Selon lui, le diagnostic d'état de stress post traumatique était exclu, en dépit des affirmations de l'intéressé. Ce dernier ne s'était pas engagé dans une prise en charge régulière et la dernière consultation avait pour objet l'obtention d'une attestation de suivi.

j. Le 24 juillet 2013, la docteure K_____, médecin au SMR, a conclu, sur la base des conclusions du Dr I_____, que l'assuré présentait une incapacité de travail de 20% dans l'activité de plongeur en cuisine dès janvier 2012 en raison des dorso-lombalgies, avec une incapacité de travail totale transitoire suite à la fracture du pied droit d'août 2012 à fin novembre 2012, date du retour à l'incapacité de travail de 20%. Dans une activité adaptée, comme une activité de nettoyage, la capacité de travail était entière, hormis durant la période transitoire précitée.

k. Par décision du 24 juillet 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que ce dernier ne présentait aucune atteinte à la santé

susceptible d'entraver sa capacité de travail, et donc de gain, qui restait entière dans son activité habituelle de nettoyeur. Cette décision est entrée en force.

I. L'assuré a par la suite effectué plusieurs missions temporaires, entrecoupées de périodes de chômage, avec l'ouverture de délais-cadre du 13 février 2015 au 12 février 2017 (sans droit aux indemnités), du 1^{er} décembre 2016 au 30 novembre 2018 (sans droit aux indemnités), du 1^{er} février 2017 au 31 janvier 2019, et du 1^{er} mai 2019 au 30 avril 2021 (sans droit aux indemnités).

B. a. Le 19 novembre 2019, l'OAI a reçu une deuxième demande de prestations de la part de l'assuré, faisant état de douleurs dorsales, de lombalgies, de fessalgies existant depuis l'accident de novembre 2006, et d'une incapacité totale de travail en 2016 et depuis décembre 2018.

b. L'OAI a notamment reçu des rapports des 20 septembre et 18 novembre 2019, 23 janvier, 24 mai et 22 septembre 2020 du docteur L_____, chef de clinique au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), des 9 décembre 2019, 5 juin et 18 octobre 2021, du docteur M_____, spécialiste FMH en rhumatologie, du 26 janvier 2016 concernant une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire, des 11 et 26 novembre 2019 du docteur N_____, spécialiste FMH en radiologie, suite à des infiltrations sacro-iliaques droites et foraminale et périodisciale L4-L5 droites, du 24 mai 2020 du Dr L_____ relatif à une séquestrectomie L4-L5 droite réalisée le 15 mai 2020, ainsi que des certificats d'arrêt de travail des HUG.

c. Le 23 février 2022, le docteur O_____, spécialiste FMH en rhumatologie auprès du SMR, a procédé à un nouvel examen clinique de l'assuré. Dans son rapport du 4 mars 2022, ce médecin a retenu, à titre de diagnostic principal ayant des répercussions sur la capacité de travail, des rachialgies diffuses avec surtout des lombosciatalgies droites et accessoirement des cervicoscapulalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec un status après une séquestrectomie L4-L5 droite, une maladie de Scheuermann et une anomalie transitionnelle lombosacrée avec une lyse isthmique de L5 droite. Il a également mentionné le diagnostic associé de syndrome rotulien droit et, sans répercussion sur la capacité de travail, un status après une fracture de la tête du deuxième métatarsien. Les limitations fonctionnelles comportaient, s'agissant du rachis, la nécessité de pouvoir alterner une à deux fois par heure la position assise et debout, l'absence de port régulier de charges d'un poids supérieur à 5kg, de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et d'exposition à des vibrations. Concernant les membres inférieurs, devaient être évités les genuflexions répétées, le franchissement d'échafaudages, d'échelles, d'escabeaux, le franchissement régulier d'escaliers, la marche en terrain irrégulier, la position debout de plus d'une heure et la marche de plus d'une heure. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de nettoyeur depuis le 20 septembre 2019, date mentionnée dans le rapport du Dr L_____. Dans une activité adaptée, elle avait

été nulle jusqu'au 16 novembre 2020, soit six mois après l'opération lombaire, mais s'élevait depuis cette date à 80%. L'assuré était suivi par un psychiatre depuis le 14 février 2022.

d. L'OAI a reçu deux rapports du docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, datés des 20 mai et 14 septembre 2022, attestant d'une totale incapacité de travail.

e. L'OAI a confié une expertise psychiatrique à la docteure Q_____, psychiatre et psychothérapeute, associée à Madame R_____, psychologue. Dans son rapport du 31 mars 2023, la psychiatre a diagnostiqué, sans influence sur la capacité de travail, des troubles dépressifs récurrents légers existant depuis décembre 2021 (F33.0), des traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, non décompensés (Z73.1), une dépendance à plusieurs substances (F19.2), avec une abstinence pour l'alcool, les benzodiazépines et l'héroïne, mais une utilisation continue pour le cannabis, ainsi qu'un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4). La capacité de travail avait toujours été entière d'un point de vue psychiatrique compte tenu des indicateurs standards pour les troubles retenus. Un suivi psychiatrique régulier était nécessaire pour améliorer le pronostic, avec un sevrage au cannabis et un traitement antidépresseur, mais le traitement n'était pas exigible, la capacité de travail étant entière.

f. Dans un avis du 9 mai 2023, le docteur S_____, médecin au SMR, a estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'appréciation de l'expertise psychiatrique, aux termes de laquelle aucune limitation psychique n'était retenue. Partant, conformément aux conclusions du Dr O_____, la capacité de travail était nulle depuis le 12 novembre 2019 dans l'activité habituelle d'agent d'entretien des surfaces et de nettoyage, et de 80% depuis le 16 novembre 2020 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport du 4 mars 2022.

g. Le 21 juin 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande dès lors qu'il présentait, à l'échéance du délai d'attente, soit en novembre 2020, une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, et que le calcul du degré d'invalidité révélait une perte de gain de 32%, inférieur au taux de 40% ouvrant le droit à une rente.

h. Par courrier du 20 juillet 2023, l'assuré a indiqué s'opposer au projet de décision, au motif que son psychiatre attestait d'une incapacité totale de travail. Il a joint un certificat établi le 20 juillet 2023 par le Dr P_____, faisant état d'une incapacité totale de travail en raison d'un trouble dépressif persistant.

i. Par décision du 28 août 2023, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré. Il a conclu à une capacité de travail de 80% dès le mois de novembre 2020 dans une activité adaptée. Après comparaison des revenus sans invalidité (CHF 65'815.-) et avec

invalidité (CHF 44'754.-), la perte de gain s'élevait à CHF 21'061.-, correspondant à un taux de 32%. Enfin, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

C. a. Par acte du 29 septembre 2023, l'assuré, par l'intermédiaire d'un avocat, a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, à son audition et à celles de ses médecins. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Subsidiairement, il a requis le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire. En substance, le recourant a contesté l'avis des experts, estimant que ses douleurs n'avaient pas été suffisamment prises en compte et qu'elles affectaient sa capacité de travail, même dans un emploi respectant ses limitations fonctionnelles. Une expertise bidisciplinaire était nécessaire pour que les interactions entre les troubles psychiques et physiques soient mises en lumière. En outre, il avait subi une coloscopie en raison de problèmes d'estomac, qui n'avaient pas été investigués. Un abattement de 25% devait être retenu en raison des limitations fonctionnelles.

b. Dans le délai octroyé à cet effet, le recourant a complété son recours et maintenu qu'il convenait d'ordonner une expertise pluridisciplinaire, compte tenu de la multiplicité des problèmes de santé et de leurs interactions. Ses troubles gastriques empêchaient la prise d'une médication adéquate pour traiter les affections psychiques et les douleurs au rachis avaient également des répercussions sur sa dépression. La Dre Q_____ avait relevé une compliance nulle au traitement antidépresseur, alors que ses problèmes gastriques avaient un impact sur la prise médicamenteuse. Contrairement à ce qu'avait mentionné l'experte psychiatre, son psychiatre traitant avait relevé des troubles de la concentration et un ralentissement psychomoteur léger à moyen. Quant à ses ressources, la situation constatée était également très différente, puisque son psychiatre l'avait adressé en clinique en raison de l'environnement familial difficile. Il y avait lieu d'accorder une valeur probante particulière au rapport de son médecin traitant, avec lequel il avait la possibilité de s'exprimer directement dans sa langue, ce qui permettait une analyse plus directe et fine des déclarations. Les divergences motivées entre les rapports de ses médecins et l'expertise ne permettaient pas d'attribuer à ce dernier document une valeur probante suffisante.

Le recourant a produit des rapports des 20 septembre et 2 novembre 2023 du docteur T_____, spécialiste FMH en gastroentérologie et hépatologie, faisant état d'une œso-gastro-duodénoscopie en raison d'une œsophagie ulcérée et d'une gastrite réythémateuse à *helicobacter pylori*, un rapport du 3 octobre 2023 suite à une infiltration foraminale L5-S1 droite, un rapport du 20 octobre 2023 relatif à un examen électroneuromyographique (ci-après : ENMG), un rapport du 2 novembre 2023 des HUG, un rapport du 10 novembre 2023 du docteur U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, attestant d'une totale incapacité

de travail, ainsi que la confirmation de son admission à la Clinique de Crans-Montana le 16 novembre 2023.

c. Dans sa réponse du 14 décembre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, relevant que l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y avait pas d'aggravation objective postérieure à l'examen rhumatologique du 23 février 2023, dont le rapport était probant. Sur le plan psychiatrique, l'expertise avait examiné les indicateurs à l'aune de la nouvelle jurisprudence.

Il a joint un avis du 14 décembre 2023 de la docteure V_____, médecin au SMR, laquelle s'est déterminée sur les nouvelles pièces produites. Au niveau somatique, elle considérait que les épigastralgies et les autres atteintes liées à cette symptomatologie n'étaient pas incapacitantes et qu'un traitement médicamenteux permettrait de les résoudre à court terme. Par ailleurs, le recourant ne présentait pas de déficit sensitif, ni moteur, confirmé par l'examen clinique et l'ENMG. Au niveau psychique, l'expertise avait évalué tous les indicateurs standards de gravité et n'avait pas retenu de limitation fonctionnelle ni d'incapacité de travail. Le Dr U_____ retrouvait un patient présentant des signes d'anxiété et de dépression dans le contexte de refus d'une rente d'invalidité et de difficultés de couple. S'il existait une aggravation, elle était postérieure à la décision entreprise. Partant, ces nouvelles pièces médicales n'apportaient pas de nouvel élément objectif permettant de modifier sa précédente appréciation du cas.

d. Dans sa réplique du 22 janvier 2024, le recourant a indiqué qu'il avait séjourné à la Clinique de Crans-Montana du 16 novembre au 18 décembre 2023, où un diagnostic plus grave que celui retenu dans l'expertise avait été posé. Ainsi, les nouveaux rapports produits faisaient état de divergences concernant les diagnostics, et non pas seulement l'estimation de sa capacité de travail. De plus, le rapport du Dr U_____ et celui de la Clinique de Crans-Montana ne pouvaient être comparés à des rapports de médecins traitants, puisqu'il n'y avait pas de relation de confiance établie dans la durée, de sorte qu'il convenait de leur reconnaître une pleine valeur probante. La mise en œuvre d'une expertise judiciaire se justifiait, l'intimé ayant insuffisamment instruit la question de sa capacité de travail du point de vue psychiatrique.

Le recourant a communiqué la lettre de sortie du 18 décembre 2023.

e. Par écriture du 14 février 2024, l'intimé a maintenu ses conclusions.

Il a joint un rapport du 12 février 2024 de la Dre V_____, aux termes duquel les nouvelles pièces ne permettaient pas de retenir une aggravation de l'état de santé antérieure à la décision. Les diagnostics demeuraient inchangés, hormis le trouble dépressif qui s'était un peu aggravé et motivait une hospitalisation. Partant, elle maintenait sa précédente appréciation du cas.

EN DROIT

1.

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

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

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

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimé, étant rappelé que sa première demande a été rejetée par décision du 24 juillet 2013, entrée en force.

3.

3.1 Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706).

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

En l'occurrence, la décision litigieuse a certes été rendue après le 1^{er} janvier 2022, mais elle concerne une demande de rente qui pourrait avoir pris naissance avant cette date, de sorte que c'est le droit applicable jusqu'à celle-ci qui est applicable.

3.2

3.2.1 En application de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force,

d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 125 V 412 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 du 3 septembre 2018 consid. 2.2).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation, l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 130 V 71 consid. 3.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et les références).

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. En effet, la base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9).

3.2.2 Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écarter de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

L'art. 88a al. 2 RAI, relatif à la modification du droit aux prestations, prévoit que si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, ce délai s'applique dans le cadre d'une procédure de révision (art. 17 LPGA) tendant à la modification (augmentation, réduction ou suppression) d'une rente précédemment allouée, ou lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (ATF 125 V 413 consid. 2d). L'art. 88a al. 2 RAI ne s'applique pas tant qu'un droit à la rente n'est pas ouvert au regard des conditions de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (arrêt 9C_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5.1 et les références citées).

Selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'assuré a droit à une rente si, entre autres exigences, il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable. L'art. 29 al. 1 LAI dispose quant à lui que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. Ces dispositions s'appliquent également en cas de nouvelle demande à la suite d'un refus de prestations ; en d'autres termes, lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (ATF 140 V 2 consid. 5.3).

3.3

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

3.3.2 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa.

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

I. Catégorie « Degré de gravité fonctionnel »

A. Complexe « Atteinte à la santé »

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités

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

C. Complexe « Contexte social »

II. Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

3.3.3 D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués *lege artis* par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé, significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (ATF 145 V 215 consid. 5.3.3 et 6).

Il s'agit, comme pour toutes les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La

gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (ATF 145 V 215 consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels.

3.3.4 Le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail (ATF 143 V 409 consid. 4.2). À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

3.4 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 LPG), 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 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 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

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 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).

3.5 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_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

4. En l'espèce, il est rappelé que l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations du recourant du 19 novembre 2019 et a traité l'affaire au fond. Il a notamment sollicité un examen clinique rhumatologique auprès du SMR, puis, à réception d'un rapport du psychiatre traitant, ordonné une expertise auprès d'un psychiatre. Sur la base de ces documents, le Dr S_____ a conclu que la capacité de travail du recourant était nulle dans l'activité habituelle d'agent d'entretien des surfaces et de nettoyage depuis le 12 novembre 2019, mais de 80% dans une activité adaptée depuis le 16 novembre 2020.

Le recourant conteste cette appréciation et soutient que ses douleurs n'ont pas été suffisamment prises en compte et que les interactions entre ses troubles somatiques et psychiques n'ont pas été examinées.

Il convient donc d'examiner la valeur probante des rapports d'examen rhumatologique et d'expertise psychiatrique.

4.1 Au niveau somatique, le Dr O_____ a posé, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des rachialgies diffuses avec surtout des lombosciatalgies droites et accessoirement des cervicoscapulalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec un status après une séquestrectomie L4-L5 droite, une maladie de Scheuermann et une anomalie transitionnelle lombosacrée avec une lyse isthmique de L5 droite, ainsi qu'un syndrome rotulien droit. Il a également rappelé le status après une fracture de la tête du deuxième métatarsien, lequel n'avait pas d'influence sur la capacité de travail.

Les limitations fonctionnelles comprenaient, s'agissant des troubles du rachis, la nécessité d'alterner les positions assise et debout une à deux fois par heure, le port régulier de charges de plus de 5 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et l'exposition à des vibrations, et s'agissant de troubles du membre inférieur, les genuflexions répétées, le franchissement d'échafaudages, d'échelles, d'escabeaux, d'escaliers, la marche en terrain irrégulier, ainsi que la marche et la position debout prolongée.

L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle de nettoyeur depuis le 20 septembre 2019, date mentionnée dans le rapport du Dr L_____. Dans une activité adaptée, la capacité de travail avait été nulle jusqu'au 16 novembre 2020, soit six mois après l'opération lombaire, mais était depuis lors de 80%.

4.1.1 La chambre de céans observe que le rapport du 4 mars 2022 contient un résumé du dossier médical du recourant, dont le dossier radiologique, que le Dr O_____ a présenté des anamnèses familiales, scolaires et professionnelles, ainsi que les antécédents personnels de l'expertisé, qu'il a interrogé sur ses plaintes, ses habitudes et le contexte psychosocial. Le médecin a consigné le résultat de ses constatations objectives, suite à l'examen des status général, neurologique et ostéo articulaire. Ainsi, ce document, établi en pleine connaissance du dossier, en tenant compte des doléances de l'expertisé, et qui se fonde sur des examens complets et résulte d'une analyse approfondie des troubles, répond à tous les réquisits jurisprudentiels au plan formel pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Les diagnostics retenus par le Dr O_____ sont par ailleurs conformes à ceux posés par le Dr M_____, qui avait évoqué des lombosciatalgies L5 droites (rapport du 9 décembre 2019) et des rachialgies mécaniques chroniques avec des discopathies étagées (rapports des 5 juin et 18 octobre 2021), par le Dr L_____, lequel avait notamment fait état de sciatalgies chroniques droites (rapports des 23 janvier et 24 mai 2020), ainsi que par le Dr N_____, signalant des lombosciatalgies (rapports des 11 et 26 novembre 2019). Ils tiennent en outre compte de la maladie de Scheuermann et de l'anomalie transitionnelle lombosacrée avec une lyse isthmique de L5 droite 23, retenues par le SMR dans le cadre de la première demande (rapport du 7 août 2012), et de la séquestrectomie L4-L5 droite du 15 mai 2020 (rapport du 24 mai 2020 du Dr L_____).

S'agissant des limitations fonctionnelles, les restrictions d'épargne retenues par l'examinateur du SMR rejoignent pour l'essentiel celles du médecin-traitant, puisque le Dr M_____ avait indiqué que son patient devait éviter le port de charges de plus de 3kg, la surcharge du rachis, les montées et descentes des échelles et échafaudages, les stations debout et assise de plus de 30 minutes, et la marche en terrain accidenté (rapport du 5 juin 2021).

Concernant la capacité de travail, la chambre de céans relèvera plusieurs erreurs de date quant au début de l'incapacité de travail du recourant dans son activité habituelle. En effet, le Dr S_____ a indiqué se référer aux conclusions du Dr O_____ et a cité le 12 novembre 2019 (avis du 9 mai 2023). Or, l'examinateur avait pour sa part retenu la date du 20 septembre 2019, indiquant qu'elle ressortait du rapport du Dr L_____ du 12 novembre 2019 (rapport du 4 mars 2022). Cependant, dans son rapport du 18 novembre 2019 (et non du « 12 » novembre 2019), ce chirurgien n'avait pas clairement fixé le début de l'incapacité de travail. Il l'avait en revanche faite remonter au 6 septembre 2019

dans son rapport du 23 janvier 2020. Cela étant, ces inadvertances sont sans conséquence aucune, dès lors que l'intimé a de toute façon admis une totale incapacité de reprendre l'activité habituelle avant le dépôt de la demande de prestations. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr L_____ a rapporté, suite à l'intervention du 15 mai 2020, une très bonne amélioration au niveau des douleurs de type sciatalgie, mais relaté l'apparition de lombalgies en position assise (rapport du 22 septembre 2020). Selon un certificat médical établi par les HUG, la capacité de travail de l'intéressé était partielle dès le 21 octobre 2020 et entière à partir du 21 novembre 2020, ce qui conforte donc l'appréciation du Dr O_____. Quant au Dr M_____, lequel a attesté d'une totale incapacité de travail dans toute activité depuis le 15 mai 2020, au motif que l'état de santé n'était pas stabilisé (rapports des 5 juin et 18 octobre 2021), il n'a livré aucune argumentation permettant de comprendre les raisons pour lesquelles le recourant ne pourrait pas exercer une activité respectant strictement les mesures d'épargne du rachis. En outre, l'absence de stabilisation de l'état de santé semble contredite par le Dr L_____, qui a procédé à des examens complémentaires et exclu tout déficit neurologique associé, hormis une hypoesthésie L4-L5 droite connue en préopératoire, et tout signe d'instabilité. Le chirurgien a conclu que les symptômes n'étaient pas expliqués par une instabilité nouvelle et que seul un traitement médicamenteux et de physiothérapie était proposé (rapport du 22 septembre 2020). L'appréciation du Dr M_____ ne permet donc pas de remettre en cause les conclusions du Dr O_____.

Le recourant soutient que ses plaintes n'auraient pas suffisamment été prises en considération par le SMR. Toutefois, le Dr O_____ a clairement rapporté que l'intéressé mentionnait des douleurs lombaires permanentes, 24h sur 24, qu'il n'arrivait pas garder son dos droit, qu'il présentait toujours une sciatalgie droite, mais moins importante qu'avant l'accident, et faisait état de douleurs au membre inférieur droit. Il a précisé que les douleurs dorsales étaient cotées à 8-9/10, avec des pics douloureux allant jusqu'à 10/10, et que la position assise était limitée à 30 minutes, la position debout à une heure, et le périmètre de marche limité. Il a noté que l'expertisé avait parfois des douleurs cervicales et des deux épaules, qu'il présentait un déverrouillage matinal et signalait deux à trois réveils nocturnes en raison des douleurs. Cela étant, le Dr O_____ a expliqué qu'il n'y avait aucune raison biomécanique de retenir une incapacité de travail supérieure à 20%. Il a également constaté que la tolérance à la position assise en cours d'entretien avait été relativement bonne, malgré les douleurs alléguées. Selon les déclarations du recourant, malgré les douleurs qu'il cotait très haut, il était capable de confectionner les repas pour son épouse et lui, de nettoyer la cuisine, de faire parfois les lits, d'aller marcher deux fois par jour durant une demi-heure, d'aller faire les courses et d'utiliser les transports publics sans problème, et de se rendre, avant la pandémie, chaque année en Egypte en avion. L'intéressé était d'ailleurs venu à l'examen seul en train et ne paraissait pas vraiment algique en cours d'entretien. Il gardait une relativement bonne intégration sociale, puisqu'il lui

arrivait régulièrement de discuter avec ses voisins dans l'immeuble, dans le parc public ou lorsqu'il les rencontrait dans les bistros. L'examinateur a constaté une incohérence et retenu une certaine amplification verbale des douleurs.

Il appert donc que le Dr O_____ a bien pris en considération les plaintes du recourant, mais qu'il a relativisé leur intensité au vu des incohérences relevées.

4.1.2 Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a produit des rapports du Dr T_____, établis les 20 septembre et 2 novembre 2023, dont il ressort qu'il avait été adressé à ce spécialiste en gastroentérologie par le Dr M_____ en raison d'épigastralgies existant depuis le mois de septembre 2022, soit postérieurement à l'examen du SMR, mais antérieurement à la décision attaquée. Dans son avis du 14 décembre 2023, la Dre V_____ a considéré que ces épigastralgies et les autres atteintes liées à cette symptomatologie n'étaient pas incapacitantes et qu'un traitement médicamenteux permettrait de les résoudre à court terme. Cette appréciation n'est pas critiquable, le Dr T_____ ayant expliqué que la hernie hiatale réductible associée à une œsophagite ulcérée était une maladie de « style de vie » et que des conseils avaient été prodigués à l'intéressé pour une modification de son alimentation et de certaines habitudes. Concernant la gastrite érythémateuse à helicobacter, un traitement pour l'éradiquer était indiqué.

Le recourant a également transmis des rapports portant sur ses troubles au niveau du rachis, soit un rapport du 3 octobre 2023 suite à une infiltration foraminale L5-S1 droite, un rapport du 20 octobre 2023 relatif à un examen ENMG et un rapport du 2 novembre 2023 des HUG mentionnant qu'une IRM réalisée le 15 septembre 2023 avait retrouvé une petite hernie discale L4-L5 droite, non compressive, et que le bilan avait ainsi été complété par un ENMG le 20 octobre 2023. Le médecin du SMR a considéré que ces pièces n'apportaient aucun nouvel élément, relevant en particulier que le recourant ne présentait pas de déficit sensitif, ni moteur, confirmé par l'examen clinique et l'ENMG. Rien ne justifie de s'écarter de cette appréciation. En effet, il ressort du rapport du 20 octobre 2023 que l'examen ENMG n'a révélé aucune anomalie, en particulier aucune atteinte radiculaire claire. La petite hernie discale L4-L5 droite avait déjà été relevée par le Dr L_____ (rapport du 22 septembre 2020) et fait ainsi partie des troubles dégénératifs diagnostiqués par le Dr O_____. Enfin, le rapport du 2 novembre 2023 indique qu'il n'y avait pas assez d'argument pour penser que la discopathie visualisée expliquait suffisamment les symptômes pour une nouvelle chirurgie de décompression, ce qui conforte les conclusions du SMR.

4.1.3 Dans ces conditions, la chambre de céans considère que le rapport du 4 mars 2022 du Dr O_____, dont les conclusions sont dûment motivées et convaincantes, doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

4.2 Au niveau psychique, la Dre Q_____ n'a retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, laquelle avait toujours été entière.

4.2.1 La chambre de céans relève que l'experte a résumé le mandat confié et les documents médicaux portés à sa connaissance, puis a consigné les plaintes de l'expertisé, spontanées et sur demande. Elle a notamment interrogé celui-ci sur ses troubles, leur apparition et l'évolution des limitations, les réactions de son entourage, les stratégies d'adaptation et les ressources, ainsi que sur le déroulement détaillé et représentatif d'une journée type, et le traitement suivi. Elle a résumé les anamnèses systémique, familiale, scolaire, professionnelle et sociale, puis livré le résultat de ses constatations, de l'analyse sanguine, des tests psychologiques complémentaires (impression clinique globale [GUY], matrices de RAVEN, test de BECK, test MADRS), ainsi que le résultat de l'examen psychométrique pour la consommation d'alcool (questionnaire DETA). Elle a ensuite procédé à une évaluation des capacités, des ressources et des difficultés, et analysé les indices de gravité des troubles en fonction des critères développés par la jurisprudence. Au vu de ces éléments, le rapport d'expertise du 31 mars 2023, rendu en pleine connaissance de l'anamnèse, sur la base d'un dossier complet et après une analyse fouillée des indicateurs développés par la jurisprudence, remplit les conditions formelles relatives à la valeur probante d'un tel document.

En ce qui concerne les diagnostics, contestés par le recourant, la Dre Q_____ a retenu l'existence d'un trouble dépressif léger selon les critères de la CIM-10. Elle a notamment indiqué que l'intéressé ne présentait pas une tristesse la plupart de la journée, ni une anhédonie sévère, étant remarqué qu'il avait des plaisirs conservés au quotidien avec son épouse, qu'il pouvait partir en vacances et qu'il se rendait sur les réseaux sociaux. Elle a expliqué que la passation de l'échelle de dépression de Beck, qui permettait l'évaluation de la gravité subjective des symptômes dépressifs, donnait un score pour une dépression sévère, alors que l'échelle de dépression MADRS, qui permettait l'évaluation de la gravité des symptômes, révélait une dépression légère. Étant donné qu'il existait une bonne corrélation scientifique entre les deux échelles, une différence importante entre les deux valeurs pouvait signifier une incongruence entre la gravité subjective et la gravité observée des symptômes dépressifs. Elle a ainsi constaté une exagération manifeste de la symptomatologie thymique subjective et retenu un épisode affectif dépressif d'intensité légère. Les traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsive et anxieuse n'avaient pas empêché l'expertisé de gérer son quotidien et de travailler sans limitations dans le passé, malgré l'absence de tout traitement psychotrope, sans hospitalisation psychiatrique, ce qui excluait une décompensation éventuelle de la personnalité. Concernant les abus et les addictions aux substances, l'expertisé était abstinente pour l'alcool, les opiacés, les benzodiazépines qui avaient été épisodiquement utilisés dans le passé. Il fumait un ou deux joints de cannabis par jour depuis dix ans au moins. Enfin, l'experte a retenu que les critères pour un trouble douloureux somatoforme persistant étaient réalisés.

La Dre Q_____ a analysé les indices de gravité des troubles psychiques selon les critères de la jurisprudence. Elle a alors indiqué qu'elle n'avait pas objectivé de limitations psychiatriques significatives, que le recourant gérait son quotidien sans limitations, en dehors des activités lourdes physiquement et des tâches nécessitant l'utilisation du français, qu'il ne bénéficiait que d'un suivi mensuel et sans traitement antidépresseur. Il avait notamment déclaré qu'il faisait de la marche pendant environ une heure par jour, s'organisait avec sa femme pour les tâches quotidiennes, regardait la télévision, passait de bons moments en famille, surfait sur les réseaux sociaux et voyageait. En l'absence de limitations fonctionnelles objectivables selon l'anamnèse, l'examen clinique et la journée type, l'indice de gravité fonctionnelle n'était pas donné. L'isolement social était partiel. Il y avait une bonne cohérence entre la plupart des plaintes subjectives et le constat objectif, mais un décalage entre ce dernier et la fatigue, s'inscrivant dans un contexte de traits de la personnalité mixte avec des bénéfiques primaires et secondaires, mais sans exagération volontaire des plaintes. L'intéressé gardait des capacités et des ressources personnelles satisfaisantes d'un point de vue psychiatrique. L'évolution était globalement stationnaire et dépendait du status somatique. Les troubles psychiques n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail.

Ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, l'experte a bien tenu compte des interactions entre les troubles physiques et somatiques. À toutes fins utiles, il sera observé que le recourant ne lui a pas signalé l'existence de problèmes gastriques qui empêcheraient de prendre une médication adéquate. Au contraire, il lui a déclaré qu'il ne prenait son traitement que lorsqu'il se sentait mal, de sorte qu'il ne saurait reprocher à la psychiatre de ne pas avoir tenu compte de l'impact de ses problèmes gastriques sur la prise médicamenteuse.

S'agissant des diagnostics posés par le Dr P_____ (rapport du 20 mai 2022), en particulier un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (utilisation nocive pour la santé) (F10.1), d'opiacés (syndrome de dépendance) (F11.2) et de sédatifs ou d'hypnotiques (syndrome de dépendance) (F13.2), il sera rappelé que les conclusions de l'expertise sont basées, entre autres, sur des constatations objectives, la réalisation de nombreux tests et des analyses sanguines. L'experte a dûment justifié, contrairement au psychiatre traitant, les raisons pour lesquelles elle ne retenait que des troubles dépressifs légers, après analyse des critères diagnostics et la passation de tests. Quant aux dépendances, il convient de relever que le recourant s'est soumis au questionnaire DETA, aux termes duquel l'experte a confirmé, avec une probabilité de 95.5%, que l'intéressé était en l'état abstinent, ainsi qu'à une analyse sanguine, laquelle n'a révélé la présence d'aucun toxique, à l'exception du cannabis. Ces éléments permettent d'infirmer les consommations de médicaments et d'alcool à visée antalgique et hypnotique mentionnées par le Dr P_____, à tout le moins au mois de mars 2023, époque de la réalisation de l'expertise.

Les rapports du Dr P_____, lequel a attesté d'une totale incapacité de travail (rapports des 20 mai et 14 septembre 2022), ne contiennent aucun élément permettant de douter des conclusions de l'expertise. De plus, le psychiatre traitant n'a pas examiné les critères développés par la jurisprudence, de sorte que son appréciation divergente de la capacité de travail n'est pas suffisante pour remettre en cause celle de l'expertise, laquelle tient compte des indicateurs standards de gravité.

4.2.2 Le recourant a produit des rapports du 10 novembre 2023 du Dr U_____ et des 7 novembre et 18 décembre 2023 de la Clinique de Crans-Montana.

Ces documents, établis postérieurement à la décision litigieuse, concernent son état de santé après le prononcé de la décision litigieuse du 28 août 2023. En effet, le Dr U_____ a clairement mentionné que son rapport portait sur les éléments cliniques qu'il avait constatés, que le patient s'était adressé à lui le 18 septembre 2023 et ce, suite au rejet de sa demande de rente. Quant aux documents émanant de la clinique, ils se rapportent au séjour du recourant, du 16 novembre au 13 décembre 2023.

Dans ces circonstances, il y a lieu de conclure que ces pièces n'ont pas trait à la situation qui prévalait avant le prononcé de la décision litigieuse, de sorte qu'elles ne peuvent être prises en considération dans le cadre de la présente procédure.

4.2.3 Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise peut se voir reconnaître une pleine valeur probante et tiendra pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le recourant ne présentait, à tout le moins lors du prononcé de la décision litigieuse, aucune atteinte à la santé psychique ayant une incidence sur sa capacité de travail.

4.3 L'intimé était donc fondé à conclure que le recourant ne disposait d'aucune capacité de travail depuis le mois de novembre 2019 dans l'activité habituelle d'agent d'entretien des surfaces et de nettoyage en raison de ses atteintes somatiques, mais qu'il était apte à travailler à 80% au mois de novembre 2020 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport du 4 mars 2022.

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

5.1 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.

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 ; 128 V 174).

5.2 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 ; 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 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2).

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'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêts du Tribunal fédéral 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 (arrêts du Tribunal fédéral I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

5.3 Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y

a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. 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 (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).

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 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3. 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 ; 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

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 (ATF 146 V 16 consid. 4.1 et les références). Une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_280/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 7.2.3 et les références).

Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a rappelé qu'en ce qui concerne le critère de l'âge comme facteur d'abattement du salaire statistique, il y a lieu de tenir compte de l'interdépendance des facteurs personnels et professionnels entrant en ligne de compte qui contribuent à désavantager la personne assurée sur le marché du travail après une absence prolongée. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne. Aussi, en présence d'un assuré de plus de 50 ans, la jurisprudence insiste sur l'effet de l'âge combiné avec un handicap, qui doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret (arrêt du Tribunal fédéral 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.2.3 et les références). À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). Il a également retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'une assurée, âgée de 50 ans au moment déterminant de la comparaison des revenus et de surcroît absente depuis de nombreuses années du marché du travail, qui présentait des limitations fonctionnelles objectives d'ordre psychique, lesquelles n'étaient nullement compensées par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation ou l'expérience professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.2.3). Dans un arrêt du 26 mai 2023 (8C_438/2022 consid. 4.3.4 à 4.3.6), le Tribunal fédéral a considéré que l'assuré n'exposait pas – et on ne voyait pas – en quoi ses perspectives salariales seraient concrètement réduites sur un marché du travail équilibré en raison de son âge. En outre, étant âgé de 53 ans au moment de la naissance du droit à la rente, respectivement de 54 ans au moment de la décision sur opposition, l'assuré n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur peut être déterminant et nécessite une approche particulière (arrêts du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.2 ; 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2).

5.4 En l'espèce, il ressort de la détermination du degré d'invalidité que l'intimé a calculé le salaire sans invalidité sur la base des ESS 2020 (TA1_Tirage skill level, homme, Total, 41.7, soit un salaire mensuel de CHF 5'485.- et annuel de CHF 65'815.-). Il a également pris ce revenu de référence pour le salaire avec invalidité, au taux de 80%, auquel il a appliqué un abattement de 15%. Ainsi, après comparaison des revenus sans invalidité (CHF 65'815.-) et avec invalidité (CHF 44'754.-), la perte de gain s'élevait à CHF 21'061.-, correspondant à un taux de 32%.

S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du dossier que le recourant s'est inscrit au chômage à plusieurs reprises et des délais-cadre ont été ouverts du 13 février 2015 au 12 février 2017, du 1^{er} décembre 2016 au 30 novembre 2018, du 1^{er} février 2017 au 31 janvier 2019, et du 1^{er} mai 2019 au 30 avril 2021, de sorte que l'intimé s'est référé à juste titre aux salaires statistiques.

Aucun élément ne justifie de s'écarter du salaire mensuel rapporté dans le tableau TA1_Tirage skill level de l'ESS 2020, ce qui n'est au demeurant pas contesté par le recourant. Le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples dans le secteur privé s'élève à CHF 5'261.- pour un homme (niveau 1, total, part au 13^e salaire comprise). Ce salaire hypothétique se base sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée normale de travail en 2020, soit 41.7 heures par semaine (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), ce qui donne effectivement un salaire annuel de CHF 65'815.- pour un plein temps ($CHF\ 5'261 \times 12 = 63'132 \times 41.7 / 40$).

En ce qui concerne le revenu avec invalidité, il convient de l'évaluer sur la base de la même table statistique, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle. Compte tenu du taux d'activité exigible de 80%, le montant déterminant s'élève à CHF 52'652.-.

Le recourant conteste l'abattement de 15% retenu par l'intimé et considère que ce dernier aurait dû appliquer un taux de 25%. Il ne fait toutefois valoir aucun argument concret susceptible de remettre en cause l'évaluation globale retenue par l'intimé. La chambre de céans se limitera ainsi à rappeler que les restrictions découlant des différentes atteintes à la santé ont été prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail, fixée à 80%. Une réduction supplémentaire au titre du handicap ne se justifie pas au vu des contre-indications présentées, qui concernent avant tout des mesures d'épargne du rachis et du membre inférieur droit. L'âge du recourant, né en 1974, ne constitue pas en soi un facteur personnel contribuant à le désavantager sur le marché du travail équilibré.

L'abattement de 15% apparaît justifié au vu de la jurisprudence et il tient compte de la situation globale du recourant, en particulier du fait qu'il ne dispose que d'une capacité de travail de 80% et que seules des activités simples et répétitives

sont exigibles. Partant, il n'y a pas lieu d'appliquer un abattement supérieur, étant rappelé la retenue dont doit faire preuve la chambre de céans appelée à vérifier le bien-fondé de l'évaluation de l'administration, laquelle jouit d'un large pouvoir d'appréciation.

Il en résulte que le revenu d'invalidé s'élève à CHF 44'754.-.

5.5 La comparaison des gains révèle donc un degré d'invalidité de 32%, de sorte que la décision litigieuse est bien fondée.

- 6.** Au vu de ce qui précède, le recours sera 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

Nathalie KOMAISKI

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