

200.2022.423.AI

N° AVS
NIG/EGC

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 12 décembre 2022

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 8 juin 2022



En fait:

A.

A. _____, né en 1964, marié et père de trois enfants nés d'un premier mariage en 1987, 1991 et 1993, ainsi que de deux filles, la première née en 2000 (qu'il a adoptée en 2010) et la seconde en 2012, est entré en Suisse en 1982. Sans formation certifiée mais titulaire d'une attestation de mécanicien de précision obtenue lors d'une mesure de reclassement allouée par l'Office AI Berne en 1997, l'assuré a occupé plusieurs emplois dans le domaine de la mécanique (entrecoupés par des périodes de chômage et des incapacités de travail, notamment consécutives à plusieurs accidents). Par décision du 28 novembre 2003, cette autorité a d'abord exclu un droit à une rente d'invalidité, démarche que le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a confirmée le 9 mars 2005 (JTA AI/2004/5952). L'Office AI Berne n'est ensuite pas entré en matière sur une demande de prestations du 19 août 2019, ce qu'il a fait savoir le 18 décembre 2019. Par décision du 31 mars 2020, il a cependant alloué une rente entière, échelonnée du 1^{er} mars au 31 juillet 2018 et du 1^{er} février au 31 décembre 2019, ainsi que des rentes pour ses enfants nés en 2000 et 2012. En outre, suite à un accident du 17 février 2020, qui a engendré une incapacité de travail médicalement attestée à 100%, l'assuré, avec l'aide de son assureur-accidents qui avait au préalable remis une communication à l'Office AI Berne le 24 avril 2020 (détection précoce), a déposé une nouvelle demande de prestations le 12 juin 2020. Dans cet écrit, il a fait état d'un conflit sous acromial à l'épaule droite et d'une déchirure du ménisque au genou gauche, tous deux présents depuis l'accident du 17 février 2020.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a obtenu un rapport d'un spécialiste en chirurgie orthopédique prenant en charge l'assuré, avant d'exclure tout droit à une mesure de réadaptation au terme d'une communication du 18 mars 2021. Il a ensuite complété la documentation

médicale par les autres écrits établis par ce médecin, puis a requis le dossier de l'assureur-accidents ayant pris en charge les suites de l'événement accidentel du 17 février 2020, comprenant notamment une expertise diligentée par cet assureur et réalisée le 14 janvier 2022 par un spécialiste en chirurgie orthopédique. L'Office AI Berne a ensuite consulté le Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui a délivré ses conclusions le 4 avril 2022. Sur la base de l'expertise précitée ainsi qu'en tenant compte de l'avis du SMR, l'Office AI Berne a nié le droit à une rente d'invalidité par décision du 8 juin 2022, rendue nonobstant les objections formées par l'assuré, représenté par un avocat, le 12 mai 2020, contre une préorientation du 13 avril 2022.

C.

L'assuré, toujours représenté, a porté le litige devant le TA le 8 juillet 2022. Il a conclu en substance, outre à l'admission du recours et à l'annulation de la décision de l'intimé du 8 juin 2022, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée du 1^{er} mars 2021 au 31 janvier 2022 ainsi qu'au renvoi du dossier à l'intimé pour qu'il procède au calcul de cette prestation et, subsidiairement, au renvoi du dossier de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants, le tout sous suite de frais et dépens, sous réserve des règles relatives à l'assistance judiciaire. Dans son mémoire, le recourant a en effet aussi demandé à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 11 mai 2022, avec désignation de son avocat en tant que mandataire d'office. Dans sa réponse du 22 juillet 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le 26 juillet 2022, en réaction à une ordonnance du TA du 12 juillet 2022, le recourant a fourni des précisions au sujet de sa requête d'assistance judiciaire, l'a complétée et a produit de nouvelles pièces justificatives (PJ).

En droit:

1.

1.1 La décision du 8 juin 2022 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2021 au 31 janvier 2022, de même que, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants. Le recourant critique en particulier le point de vue de l'intimé, selon qui l'exercice d'une activité adaptée serait possible, notamment comme employé de nettoyage.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). 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 (art. 7 al. 2 LPGA).

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1bis LAI). Aux termes de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2); pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité entre 40 et 49%, la quotité de la rente est fixée au pourcentage découlant de l'art. 28b al. 4 LAI.

2.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer

dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (voir art. 16 LPG; SVR 2021 IV n° 17 c. 6.2).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

2.5 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2).

3.

3.1 Dans la décision attaquée, l'intimé a retenu qu'à l'échéance du délai d'attente d'un an, en février 2021, le recourant était en mesure d'assumer à plein temps l'exercice d'activités effectuées en position assise et que, depuis la mi-juin 2021, le dernier travail d'employé de nettoyage était à nouveau exigible à 100%. L'intimé a ensuite calculé le taux d'invalidité en comparant le revenu que le recourant pourrait obtenir dans un emploi adapté à celui qu'il aurait pu percevoir sans invalidité. Pour ce faire, tant en

ce qui concerne le revenu de valide que ceux d'invalides applicables dès février 2021 et juillet 2021, l'intimé s'est fondé sur des données statistiques, indexées à l'année 2021. En ce qui concerne le revenu d'invalides courant depuis février 2021, l'intimé a cependant tenu compte d'un abattement de 10% sur le salaire moyen statistique, afin de prendre en considération le fait que tous les emplois n'étaient pas exigibles, du fait de l'atteinte à la santé. En procédant de la sorte, l'intimé est parvenu à un taux d'invalidité de 10%, en ce qui concerne la comparaison des revenus à partir de février 2021, alors que ce taux a été fixé à 0%, s'agissant de la période courant dès juillet 2021. L'intimé a aussi souligné que même si le recourant était d'avis qu'il ne pouvait plus travailler en tant que décolleteur, il demeurait capable d'assumer d'autres activités n'exigeant pas de connaissances professionnelles ou techniques, ce qui avait été pris en considération dans le choix des salaires statistiques. Enfin, il a relevé que ni les connaissances de l'assuré, ni son âge, ne justifiaient un abattement supplémentaire sur le salaire statistique d'invalides.

3.2 Le recourant rappelle quant à lui qu'il a d'abord souffert d'une hernie discale, puis de problèmes de genoux et d'épaules, ces articulations ayant notamment été affectées à la suite de deux chutes survenues en 2020. Il affirme que contrairement au point de vue de l'intimé, il n'est pas en état de reprendre son activité habituelle de décolleteur, de même que d'assumer un emploi dans le domaine du nettoyage, puisqu'il souffre encore d'un genou, d'une épaule et du dos. Il explique aussi qu'il lui est impossible de lever le bras au-dessus de la tête et qu'il ne peut pas travailler une journée entière sans éprouver de douleurs. Il ajoute qu'il a surtout œuvré dans la maçonnerie et le décolletage, si bien qu'il est faux de se référer à une activité dans le secteur du nettoyage pour fixer le revenu d'invalides. Le recourant rappelle en effet qu'il n'a jamais eu d'activité durable dans cette branche professionnelle. Partant, il soutient que l'intimé a procédé à une comparaison des revenus sur la base de faits erronés. Le recourant mentionne également qu'il a été en état d'incapacité de travail durant toute l'année 2021, ayant notamment subi une opération du genou le 10 mai 2021 et il écrit aussi que son état de santé n'a pas évolué favorablement avant février 2022. Il en déduit qu'il a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2021 au 28 février 2022, puisqu'il était exclu

qu'il réalise un quelconque revenu durant cette période, ce d'autant plus au regard de son âge. Enfin, le recourant fait valoir que, s'il devait s'avérer que le taux d'invalidité ne peut être fixé par le TA, la cause devrait être renvoyée à l'intimé pour qu'il précise quel type d'activité est concrètement exigible de mars 2021 à février 2022, l'intimé ne l'ayant aucunement indiqué dans la décision attaquée.

4.

A titre liminaire, il faut constater que l'intimé est entré en matière sur la demande de prestations du 12 juin 2020. Dans la mesure où cette question n'est pas litigieuse dans le cas présent, le TA n'a pas à revoir cet aspect de la procédure (ATF 109 V 108 c. 2b) et doit dès lors procéder à un examen matériel du cas d'espèce (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2019 IV n° 39 c. 5).

5.

Le dossier permet de constater les faits médicaux principaux suivants.

5.1 Après une première demande de prestations déposée en 1993, dans laquelle était évoquée une hernie discale opérée (fenestration L4/L5 à gauche; voir dos. AI 1.2/44 et 1.2/61-76), le droit aux prestations avait été exclu le 31 octobre 1994, du fait que l'assuré n'avait pas participé à des mesures de réadaptation (dos. AI 1.2/10). Celui-ci avait alors remis une nouvelle demande le 17 août 1995, motivée par les conséquences de deux hernies discales lombaires opérées (dos. AI 1.1/121), soit un syndrome douloureux lombo-radiculaire résiduel. L'intimé avait alloué des mesures professionnelles (dos. AI 1.1/68), qui avaient permis à l'assuré, jusqu'alors ouvrier, d'acquérir une formation d'aide-décolleteur (dos. AI 7/1).

5.2 Suite à une troisième demande de prestations, du 7 mars 2003, dans laquelle étaient invoquées des lombalgies présentes depuis onze ans, exacerbées en raison d'un accident survenu le 10 septembre 2002 (dos. AI 8/5), l'intimé avait diligenté une expertise auprès d'un médecin interniste,

spécialisé en maladies rhumatismales et en médecine manuelle. Dans ses conclusions du 8 septembre 2003, celui-ci avait posé les diagnostics de syndrome lombospondylogène chronique, avec une surcharge passagère d'articulation des facettes, une chondrose légère à moyenne en L5/S1, une fenestration L4/L5 et une récesso-foraminotomie L5 à gauche. Il avait estimé que le recourant était capable de travailler à 100% dans une activité (légère à moyenne) adaptée (dos. AI 23/1 ss). Sur cette base, l'intimé était parvenu à un taux d'invalidité de 15%, excluant tout droit à une rente, dans une décision du 28 novembre 2003, confirmée le 5 mai 2004 (dos. AI 34/1 ss), puis par le TA le 9 mars 2005 (dos. AI 41/1). Une orientation professionnelle et un placement avaient cependant été octroyés le 30 juin 2005, mesures auxquelles il avait toutefois été mis fin après que l'assuré ait retrouvé un emploi (dos. AI 53/1).

5.3 Le recourant avait encore sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 19 août 2009, du fait de douleurs chroniques en position statique. Après avoir invité l'assuré à rendre plausible une modification de l'état de fait depuis sa dernière décision, l'intimé n'était pas entré en matière sur cette demande, ce qu'il avait fait savoir le 18 décembre 2009.

5.4 Le 6 septembre 2017, avec l'aide de la caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (Suva), l'assuré avait remis une cinquième demande de prestations, en mentionnant un accident. Dans une déclaration d'accident du 17 janvier 2017, il avait en effet relaté avoir glissé sur un trottoir le 3 janvier 2017 et être tombé sur l'épaule gauche. Le médecin d'arrondissement de la Suva avait posé le diagnostic de petite déchirure entre la partie supérieure du bourrelet et l'origine du tendon du chef long du biceps (SLAP), évoquant aussi une tendinite discrète du tendon du muscle sus-épineux et une bursite sous-deltaïdienne (dos. AI 74.10/1, voir en outre 74/13, 74/16 s., 74/22 s. et 74/28). Après avoir été opéré le 4 janvier 2018 (arthroscopie avec ténotomie du chef long du biceps et acromioplastie), du fait d'un conflit sous acromial de l'épaule gauche, avec une instabilité de l'ancre bicipitale (dos. AI 98.4 s.), l'assuré avait été examiné au sein de la clinique romande de réadaptation. Dans son rapport du 27 août 2018, elle avait posé les diagnostics de contusion de l'épaule gauche (le 3 janvier 2017), de déchirure du labrum (type SLAP II), de tendinite du

sous-épineux, de bursite sous-acromiale et d'arthropathie acromio-claviculaire sur arthro-IRM à gauche (le 1^{er} mars 2017). Elle avait en outre retenu les diagnostics de discopathie cervicale dégénérative modérée en C5/C6 avec protrusion discale circonférentielle, marquée en paramédian droit, sans hernie, ni contact radiculaire sur IRM, ainsi que de cure de hernie discale en 1992 et de hernie inguinale gauche en 2007 (dos. AI 104.6/1). Une incapacité de travail à 100% en tant que décolleteur avait été attestée du 24 juillet au 21 septembre 2018, mais la reprise de cette activité avait été jugée exigible pour autant que le port de charges lourdes soit exclu. Le 5 décembre 2018, le médecin d'arrondissement avait confirmé ces diagnostics, en ajoutant qu'il fallait aussi éviter les mouvements au-dessus du plan du thorax et en rotation répétée du bras gauche. Il avait également admis une atteinte à l'intégrité de 10%, dès lors que l'assuré présentait une mobilité limitée de l'épaule. Ces documents avaient ensuite été discutés par le SMR dans un rapport du 22 janvier 2019, dans lequel il avait posé les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de contusion de l'épaule gauche et de syndrome lombo-spondylogène avec troubles dégénératifs au niveau lombaire. Le SMR avait confirmé que le recourant pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée, sans limitation de rendement, depuis mai 2018 (hormis durant son hospitalisation à la clinique précitée). Sur ce fondement, l'intimé avait fait savoir qu'il envisageait d'accorder une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2018, mais limitée au 31 juillet 2018, l'assuré étant jugé incapable de travailler du 3 janvier 2017 au 30 avril 2018. Il avait en outre nié le droit à des mesures professionnelles le 16 mai 2019. Par un mandataire professionnel, l'assuré avait néanmoins à nouveau demandé de telles mesures, le 4 septembre 2019 (dos. AI 153/1).

5.5 En raison d'un nouvel accident survenu le 24 février 2019, soit une chute sur l'épaule droite dans des escaliers, avec des contusions au niveau du cou, selon la déclaration d'accident (dos. AI 171.43), la Suva avait mis en œuvre un examen en chirurgie orthopédique. Dans le rapport y relatif du 17 juin 2019, il avait été retenu le diagnostic de luxation acromio-claviculaire de l'épaule droite (stade II) et été mentionné que l'assuré était apte à reprendre le travail dès août 2019, seule une réduction légère de la mobilité due aux douleurs étant présente. Ce point de vue avait été

confirmé par le médecin d'arrondissement le 24 février 2019. Dans un avis du 4 décembre 2019, le SMR avait retenu les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de réduction de la capacité de charge de la ceinture scapulaire et de la colonne vertébrale lombaire, ainsi que de protrusions discales dégénératives C5/C6. Il avait conclu que, dès octobre 2019, l'assuré était capable d'exercer à 100% une activité légère à moyenne adaptée, soit sans travaux impliquant des postures penchées/accroupies ou contraignantes, surtout pour la colonne vertébrale lombaire et cervicale, sans port de charges répété au-dessus de la poitrine, sans tâches accomplies au-dessus de la tête ou exigeant un usage contraignant des bras au-dessus du ventre, sans mouvement de la tête stéréotypés ou rotatifs en portant des charges et sans utilisation d'échelles ou d'échafaudages (dos. AI 177/8 s.). Selon ce rapport, l'assuré était cependant incapable de travailler du 24 février au 20 septembre 2019. Ces conclusions, d'une médecin interniste du SMR, avaient ensuite été confirmées par un spécialiste en chirurgie orthopédique de ce même service, du 4 décembre 2019. La préorientation de l'intimé, du 11 février 2019, avait alors été annulée sur cette base. Le droit à une rente entière d'invalidité avait ensuite été reconnu du 1^{er} mars au 31 juillet 2018, ainsi que du 1^{er} février au 2019 au 31 décembre 2019.

5.6 A réception de la demande de prestations du 12 juin 2020, l'intimé a réuni les documents suivants.

5.6.1 Le 6 mai 2020, un spécialiste en chirurgie orthopédique traitant a signalé qu'à la suite d'une chute survenue le 17 février 2020, le recourant se plaignait de douleurs à l'épaule droite et au genou gauche, irradiant dans la jambe. Il éprouvait aussi une gêne au genou en descendant des escaliers et sur les terrains en dévers. La mobilité était toutefois presque complète. Ce médecin a alors posé le diagnostic de lésion du ménisque interne de stade III et évoqué des douleurs persistantes. Quant à l'épaule, la réalisation d'un scanner a été préconisée. Le 20 août 2020, le spécialiste a aussi indiqué avoir procédé à une infiltration de cette épaule, qui avait permis de réduire les douleurs. Une physiothérapie a ensuite été recommandée. De même, le 12 octobre 2020, le recourant a subi une ménissectomie interne du genou gauche, sous arthroscopie interne. Dans

le rapport d'opération y relatif, le diagnostic de lésion du ménisque interne du genou gauche a été confirmé et une fissure complexe de la corne du ménisque été signalée. Le 6 novembre 2020, le spécialiste a observé un œdème persistant au niveau du genou et des contractures diffuses. Il a écrit que l'articulation était douloureuse, si bien qu'il a aussi préconisé une physiothérapie pour cette articulation. Dans un écrit du 16 décembre 2020, il a écrit que la situation était inchangée, s'agissant des douleurs. Il a expliqué que le patient avait attendu environ six mois avant d'être opéré, de sorte qu'il était normal que le dégonflement prenne du temps, de même que la récupération de la mobilité. Par envoi du 21 janvier 2021, il a encore relaté que même si la flexion et la marche étaient en amélioration, le phénomène douloureux avec sensation d'œdème persistait. Il a en revanche déclaré que ce phénomène n'était cliniquement pas évident. Dans un rapport de ce spécialiste, du 28 janvier 2021, établi pour l'intimé, ce médecin a répété le diagnostic de lésion du ménisque interne du genou gauche et expliqué que l'opération du 12 octobre 2020 avait conduit à une amélioration. Il a toutefois attesté une incapacité de travail à 100% depuis cette date et jusqu'au 1^{er} janvier 2020. Il a relevé que les travaux excluant la marche, l'utilisation d'escaliers et le port de charges étaient exigibles. Cependant, puisque l'assuré considérait son genou comme œdémateux ainsi que gonflé et qu'il se montrait très plaintif de façon générale (voir le rapport du 18 février 2021), le spécialiste a organisé un arthroscanner, puis une infiltration du genou gauche, afin de s'assurer de l'absence de lésion surajoutée. Le 18 mars 2021, il a écrit que cet examen avait révélé une nouvelle lésion méniscale interne, postérieure à la lésion préexistante, qui était probablement la cause de la persistance des douleurs. Une deuxième opération a donc été appointée et effectuée le 17 mai 2021 (dos. AI 252/3). Selon un rapport du 10 juin 2021, l'assuré a cependant continué de se plaindre de douleurs diffuses au genou et d'une sensation d'œdème après l'intervention. Ce n'est que le 11 août 2021 que le spécialiste a fait part d'une bonne amélioration des phénomènes douloureux, avec une meilleure mobilisation, une extension complète et une marche sans boiterie. Une tuméfaction dérangeante a toutefois été relevée, de sorte qu'une infiltration a été réalisée le 29 septembre 2021 (voir dos. AI 272.3/7). Il en est allé de même le 10 décembre 2021, date à laquelle il a été répété que le recourant présentait de moins en moins de gêne au genou gauche (dos. AI 270/11).

5.6.2 Avec le dossier de l'assureur-accidents ayant pris en charge les suites de l'événement du 17 février 2020, l'intimé a obtenu une expertise diligente par celui-ci et réalisée par un expert en chirurgie orthopédique. Le 14 janvier 2022, celui-ci a posé les diagnostics de status après une entorse du genou gauche le 17 février 2020 ayant vraisemblablement provoqué voire aggravé une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne post glissade et chute, de status après une contusion de l'épaule droite sur seconde chute avec choc direct contre une barrière le 17 février 2020, de status après résection de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche par arthroscopie le 12 octobre 2020, ainsi que de status après complément de résection méniscale du reste de la corne postérieure et du bas de la corne moyenne du ménisque interne gauche par arthroscopie pour redéchirure complémentaire le 10 mai 2021. L'expert a également retenu les diagnostics de gonalgies à gauche, surtout antérieures, perdurantes sur chondropathie de stade III à IV facettaire externe patellaire, de même que d'omalgies fonctionnelles à droite, probablement sur mauvais contrôle musculaire car sans substrat objectif. Dans ses conclusions, l'expert a retenu qu'à partir du 10 décembre 2021, il n'existait plus d'atteinte objective pouvant justifier une incapacité de travail. Selon lui, le recourant aurait dû retrouver une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, depuis lors.

5.6.3 Une médecin interniste du SMR, spécialisée en médecine du travail, s'est aussi prononcée le 4 avril 2022. Elle a alors retenu les diagnostics de status après une entorse du genou gauche le 17 février 2020 avec une probable blessure de la corne postérieure du ménisque interne, de status après une lésion traumatique de l'épaule de type SLAP II le 3 janvier 2017, une tendotomie arthroscopique du long ligament du biceps, une acromioplastie le 4 janvier 2018 et une contusion de l'épaule droite le 17 février 2020, de même que de protrusion dégénérative des disques C5/C6. Elle a admis que l'activité d'employé de nettoyage/d'emballage était exigible à 100% et ce dès la mi-juin 2021, soit un mois après la seconde arthroscopie du genou. Avant cette date, la capacité de travail était également de 100%, mais uniquement pour l'exercice de tâches adaptées en position assise.

6.

La décision attaquée repose sur les conclusions émanant de l'expertise en chirurgie orthopédique du 14 janvier 2022 et sur le rapport du SMR du 4 avril 2022. Se pose la question de la force probante de ces documents.

6.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

6.2 Les rapports du SMR (art. 49 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne assurée soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et les références citées), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C_204/2009]). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères

lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle ne suffit pas à écarter ces doutes (ATF 125 V 351 c. 3b/cc). Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6).

6.3 En l'espèce, c'est à juste titre que le recourant n'a fait valoir aucun grief à l'encontre de la force probante de l'expertise du 14 janvier 2022 ou du rapport du SMR du 4 avril 2022. Et pour cause, puisque sur le plan formel, l'expertise répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante de tels documents (voir en outre art. 7k de l'ordonnance fédérale du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances-sociales [OPGA, RS 830.11] et dos. AI 270/3 § 2 in fine). L'expert (dont les qualifications en chirurgie orthopédique ne sauraient être mises en doute) a procédé à un examen personnel du recourant, a pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle), et l'ensemble des pièces pertinentes produites (dos. AI 270/3, voir aussi dos. AI 270/8-11). Les résultats ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. En outre, la description du contexte médical est claire et les conclusions sont détaillées, étayées et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Quant au rapport de la spécialiste du SMR, il en résulte que cette dernière s'est limitée à reprendre à son compte le contenu décrit dans l'expertise, après avoir toutefois rappelé la chronologie complète du dossier médical, qui a été entièrement réexaminé (dos. AI 278/5). Ce faisant, il n'y a rien non plus à redire à la force probante formelle du rapport du 4 avril 2022, étant rappelé que, même si cette médecin du SMR n'est pas spécialisée en chirurgie orthopédique, elle n'en reste pas moins capable d'émettre un avis sur la cohérence du rapport médical d'un expert (TF 9C_238/2019 du 17 mai 2019 c. 4.2, 9C_711/2019 du 18 mai 2011 c. 4.3). Qui plus est, il

importe peu que l'expertise ait été organisée par l'assureur-accidents. En effet, la provenance de l'expertise ne suffit pas à remettre en question sa valeur probante. Il sied plutôt de déterminer si elle aboutit à des résultats convaincants ou si elle laisse apparaître des indices concrets contre sa fiabilité, éléments qui seront examinés sous l'angle matériel (ATF 139 V 99 c. 2.3.2, 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2019 IV n° 40 c. 3, 2018 IV n° 27 c. 4.2.2). On peut en outre souligner d'emblée que même si l'expertise visait à trancher la question du lien de causalité entre les troubles présentés par le recourant et l'accident du 17 février 2020 (dos. AI 270/3), les investigations de l'expert ont aussi inclus un examen des limitations fonctionnelles (dos. AI 270/12 ss, 270/19 in fine et 270/22 in fine). Partant, sous l'angle purement formel, l'expertise, ainsi que le rapport du SMR qui la commente, répondent aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des rapports médicaux.

6.4

6.4.1 Sur le plan matériel, il apparaît d'abord que l'expert a justifié de façon probante le diagnostic d'entorse du genou gauche le 17 février 2020. Il a en effet indiqué qu'à la suite d'un premier accident à cette date, l'assuré avait glissé sur une rampe, ce qui avait induit une torsion, qui lui avait fait mal sur le moment, sans pour autant l'empêcher de poursuivre le travail (dos. AI 270/5). L'expert a estimé que ce processus avait pu léser la corne supérieure du ménisque interne ou à tout le moins pu aggraver une lésion dégénérative débutante, puis causer une petite entorse du ligament (dos. AI 270/17). A ce sujet, il a rappelé que lors de l'intervention chirurgicale du 12 octobre 2020, une chondropathie de la partie inférieure de la facette rotulienne externe avait déjà été décrite (dos. AI 252/12). En raison de cet état dégénératif, peu surprenant selon l'expert au vu de l'âge du recourant, il a de plus mentionné de manière cohérente qu'il était logique que les résultats post-opératoires n'aient pas été satisfaisants par la suite. A ce titre, l'expert a relevé qu'un tel état était propice à une redéchirure du ménisque, telle que révélée avant la seconde intervention du 17 mai 2021 (voir dos. AI 252/5) et suite à laquelle la situation avait connu une amélioration (dos. AI 270/18). Du fait de la persistance de douleurs au genou gauche, le diagnostic de gonalgies ne prête du reste pas non plus

flanc à la critique. L'expert a en effet signifié à ce sujet que même si celles-ci ne pouvaient être corrélées avec un état traumatique perdurant, quelques douleurs pouvaient néanmoins être dues aux troubles dégénératifs (dos. AI 270/19). Quant au diagnostic de status après une contusion de l'épaule droite, on comprend aisément que l'expert l'a posé du fait que, le 17 février 2020, le recourant avait aussi chuté, après que son genou ait lâché, si bien qu'il avait heurté une barrière au niveau de l'épaule (dos. AI 270/5). L'expert n'a quoi qu'il en soit admis qu'une contusion, puisque la mobilité était demeurée complète et qu'aucune atteinte majeure n'avait été causée par l'accident. En effet, l'expert a relevé de façon probante que le scanner du 25 mai 2020 avait exclu toute lésion traumatique, alors que l'IRM du 9 décembre 2020 n'avait illustré aucune pathologie significative (dos. AI 270/16 et 270/19). Partant, on peut aussi confirmer la cohérence du diagnostic d'omalgies fonctionnelles à droite, probablement sur mauvais contrôle musculaire car sans substrat objectif, dès lors que l'expert a ajouté de manière probante, à l'issue de son examen de l'intéressé, qu'il n'existait aucun substrat objectif apte à justifier la persistance des plaintes et que seule l'hypothèse d'un mauvais contrôle de la musculaire de cette épaule pouvait éventuellement être posée (dos. AI 270/21). S'agissant des diagnostics, on peut encore relever qu'on ne voit rien non plus à redire dans le fait que l'expert a posé ceux de status à la suite des opérations des 12 octobre 2020 et 10 mai 2021. Enfin, quant aux limitations fonctionnelles, on ne peut ignorer que l'expert a constaté que le recourant était resté assis sans montrer de signe d'inconfort au cours des deux heures d'expertise, qu'il s'était levé et avait pu ôter ses vêtements sans difficulté, que la marche (bien que limitée) était symétrique, exempte de boiterie et même possible sur la pointe des pieds et sur les talons, alors que l'accroupissement était complet et les signes méniscaux indolores (dos. AI 270/11 ss). De surcroît, pour ce qui a trait au genou gauche, l'expert a écrit qu'il n'existait pas d'amyotrophie de la cuisse et du mollet, si bien que l'assuré devait fonctionner correctement et utiliser ses membres inférieurs de façon symétrique. En ce qui concerne l'épaule, il a en outre relaté qu'une contusion simple devait en principe être guérie après maximum quatre mois (dos. AI 270/18 s.). Partant, on ne peut que souscrire aux conclusions de l'expert, qui a retenu que l'assuré ne présentait plus de limitation fonctionnelle au niveau de l'épaule droite

depuis le 22 juin 2020 (date de la première infiltration), ainsi qu'au genou gauche (si ce n'est un sentiment de gêne persistant) dès le 10 décembre 2021 (date de la consultation à partir de laquelle les plaintes n'avaient plus été signalées que comme étant modérées; dos. AI 270/19, voir aussi dos. AI 270/22 s.).

6.4.2 Au regard de ce qui précède, c'est donc à juste titre que la spécialiste du SMR a fait sienne les conclusions de l'expertise du 14 janvier 2022. Même si elle les a présentées de façon différente, cette médecin a d'ailleurs retenu les mêmes diagnostics que l'expert (voir c. 5.4). De surcroît, il résulte de son rapport qu'elle s'est principalement basée sur les déclarations de celui-ci, d'après qui il n'avait pas pu être constaté d'atrophie au niveau des cuisses et des mollets. Elle a aussi relevé en particulier que l'expert était parvenu à la conclusion que les plaintes de l'assuré ne pouvaient pas être expliquées objectivement, au regard de constatations cliniques. Dans cette mesure, on ne saurait critiquer l'avis de la spécialiste du SMR, qui a admis que l'activité exercée en dernier lieu par le recourant était encore exigible à 100%. Néanmoins, force est de constater qu'elle a aussi écrit, contrairement à l'avis de l'expert, que tel était le cas depuis la mi-juin 2020, environ un mois après l'arthroscopie du genou (du 10 mai 2021, voir c. 5.6.3 et dos. AI 278/6). Ce point de vue peine toutefois à convaincre, puisque l'expert avait exposé pourquoi la date du 10 décembre 2021 devait plutôt être retenue, alors que la spécialiste du SMR ne s'est aucunement prononcée sur les justifications de ce dernier. Cela étant, puisque l'expert s'est référé à la mi-juin 2020 au sujet de l'épaule droite, alors que la spécialiste du SMR a évoqué cette même date en relation avec le genou gauche, il apparaît qu'il s'agit en réalité du résultat d'une confusion entre ces deux atteintes. Malgré le texte clair du rapport du SMR, ce résultat s'impose d'autant plus que la spécialiste de ce service a résumé le rapport d'expertise en mentionnant qu'il concluait à une capacité de travail totale du recourant depuis le 10 décembre 2021. Cette seule incohérence dans le rapport du 4 avril 2022, qui apparaît du reste visiblement comme une erreur de rédaction, ne saurait remettre en cause la force probante de ce document, ce d'autant plus qu'il n'en résulte aucune conséquence quant au droit à la rente du recourant (voir c. 6.4).

6.4.3 Il résulte par conséquent de ce qui précède que l'estimation médico-théorique émanant du rapport d'expertise du 14 janvier 2022, à savoir que le recourant peut exercer à plein temps l'activité exercée en dernier lieu, estimation confirmée dans le dernier écrit du SMR du 4 avril 2022, repose sur des documents cohérents et convaincants, auxquels il convient donc de reconnaître une pleine valeur probante. Par conséquent, l'argument du recourant, qui se limite à soutenir qu'on ne peut exiger de lui qu'il exerce son ancienne activité à 100%, du fait qu'il souffre fortement du genou, des épaules et du dos, n'est aucunement de nature à remettre en cause le caractère probant des rapports des 14 janvier et 4 avril 2022. Cela vaut d'autant plus que, dans son recours, l'intéressé ne discute en rien des conclusions et des explications qui y sont exposées, se contentant de relater qu'il ne peut travailler une journée entière sans douleurs et renvoyant uniquement à différentes limitations qui ont toutefois été admises dans le profil d'exigibilité. Finalement, s'il est vrai que l'intimé n'a pas précisé quels emplois il considérerait comme étant adaptés (voir art. 2 du recours), le recourant ne peut pour autant en déduire quoi que ce soit en sa faveur. Il omet en particulier de tenir compte que la décision attaquée a expressément rappelé que le dernier emploi demeurerait exigible.

7.

Reste à déterminer le taux d'invalidité du recourant.

7.1 En premier lieu, il faut signaler qu'en tant que le recourant a déposé sa demande de prestations en juin 2020 (dos. AI 208/1), un éventuel droit à la rente ne pourrait naître qu'à compter du 1^{er} décembre 2020, vu le délai de carence de l'art. 29 al. 1 et 3 LAI. Par ailleurs, à cette date, une incapacité de travail totale avait été médicalement attestée du 18 février au 22 juillet 2020 (dos. AI 209/1-6 et 215/3), si bien que le recourant avait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI; $[156 \text{ jours} \times 100\% + 309 \text{ jours} \times 0\%] : 365 = 42,75\%$, voir arrêt du Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des cours de droit social du TF] I 632/05 du 25 octobre 2006 c. 4.4; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence

dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 2018). C'est donc à tort que l'intimé a fixé le moment de la naissance d'un éventuel droit à une rente au 1^{er} février 2021, dans la décision attaquée. Cet élément ne porte toutefois pas à conséquence, au vu de ce qui suit (voir c. 7.4 in fine).

7.2 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 LPGGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus hypothétiques et en les comparant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b; SVR 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222; voir aussi art. 25 al. 2 RAI).

7.3

7.3.1 Pour déterminer le revenu sans invalidité (revenu de valide; art. 16 LPGGA), il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser selon un degré de vraisemblance prépondérante sans atteinte à la santé, au moment du début potentiel du droit à la rente (ATF 134 V 322 c. 4.1). Il y a lieu de prendre pour base le dernier salaire effectivement réalisé par la personne assurée avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable (art. 26 al. 1 RAI). Si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec

suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 LAI pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante (art. 26 al. 4 RAI).

7.3.2 Si l'assuré réalise un revenu après la survenance de l'invalidité, le revenu avec invalidité (art. 16 LPGA) correspond à ce revenu, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui (art. 26^{bis} al. 1 RAI). Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26^{bis} al. 2 RAI).

7.4 En l'espèce, c'est à juste titre que l'intimé a déterminé tant le revenu de valide que celui d'invalidé au regard des données de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il s'agit en effet des valeurs statistiques citées en premier lieu à l'art. 25 al. 3 RAI. Partant, en ce qui concerne le premier, il ne peut être établi à suffisance au regard des éléments du dossier, puisque les atteintes à la santé qui ont influencé le profil d'exigibilité sont survenues à la fin des années 1990 déjà. Il n'existe par conséquent pas de données récentes et suffisamment fiables pour servir de fondement à la fixation du revenu que l'intéressé aurait pu percevoir sans atteinte à la santé, même au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (voir à ce propos c. 2.5). Pour ce qui est du revenu d'invalidé, il apparaît toutefois que le recourant a travaillé jusqu'au 4 mars 2020 (dos. AI 199.4/1), à savoir en tant qu'employé de nettoyage et d'emballage (dos. AI 217/3). Néanmoins, il appert également du dossier de l'intimé que ces rapports de travail ont pris fin pendant le temps d'essai et qu'ils n'ont donc duré que quelques mois, à savoir du 9 décembre 2019 au 4 mars 2020 (dos. AI 217/2). Auparavant et de la même manière, le recourant n'avait été occupé que pour des périodes limitées, à savoir, pour la dernière fois, de six mois en tant qu'opérateur CNC, dans le contexte d'un emploi temporaire, comme l'assuré le mentionne aussi (voir art. 3 § 1 du recours). Les derniers postes occupés de manière stable par l'intéressé datent ainsi de 2008/2009 (dos. AI 115/2 et dos. AI 234/346, voir aussi dos. AI 116/2 s.). Dans ces circonstances, les

salaires perçus au cours des dernières activités ne constituent pas non plus une base suffisante pour arrêter le revenu d'invalidité. En la matière, c'est donc aussi à raison que l'intimé s'est fié aux chiffres de l'ESS. A ce propos, il faut relever à l'intention du recourant qu'à l'inverse de ce qu'il avance dans son mémoire du 8 juillet 2022 (voir art. 3 § 2 du recours), l'intimé ne s'est pas fondé sur une activité relevant du domaine du nettoyage pour déterminer le taux d'invalidité. Au contraire, le salaire de Fr. 5'417.- mentionné par l'intimé est celui du tableau TA1 des chiffres de l'ESS ("salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe), pour le niveau de compétence 1 "hommes". Or, comme l'intimé l'a expliqué dans l'acte attaqué, celui-ci recouvre en réalité un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (TF 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 c. 4.2, 8C_227/2018 du 14 juin 2018 c. 4.2.3.3, 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 c. 8.6). Enfin, il faut signaler que tant pour le revenu de valide que pour celui d'invalidité, l'intimé a correctement exposé qu'il convenait d'en adapter les montants à un horaire usuel de travail en entreprise (ATF 126 V 75 c. 3b/b), puis d'en indexer les sommes à l'année à laquelle le droit à la rente aurait pu prendre naissance (voir c. 7.2 in fine). Certes, comme évoqué ci-dessus (voir c. 7.1), c'est en 2020 qu'aurait pu prendre naissance un éventuel droit à la rente et non en 2021. Toutefois, puisque cette indexation doit être effectuée de la même manière pour le revenu de valide et pour celui d'invalidité, il n'en résulte aucune conséquence, comme évoqué, les bases de calcul de ces deux revenus demeurant identiques. Qui plus est, il s'ensuit que le résultat de cette comparaison n'est influencé que par l'abattement de 10% admis par l'intimé sur le salaire moyen statistique, s'agissant de la période postérieure à la mi-juin 2021 (en réalité depuis juillet 2021 selon la décision attaquée, qui reprend de manière erronée la conclusion ambiguë du SMR, voir c. 6.4.2), du fait que tous les emplois ne sont plus exigibles en raison de l'atteinte à la santé. Le taux d'invalidité ne peut donc aboutir qu'à un taux de 10%, insuffisant pour ouvrir un droit à une rente, en ce qui concerne cette période. Sans cet abattement, à savoir avant cette échéance, le taux d'invalidité est à

l'inverse forcément de 0%, puisqu'il n'y a aucun écart entre les revenus de valide et d'invalidé.

7.5 C'est finalement encore le lieu de préciser qu'en tant que le taux d'invalidité n'est influencé que par l'ampleur de l'abattement sur le salaire moyen statistique, nul n'est besoin d'en examiner précisément l'ampleur. En effet, un abattement ne peut en tous les cas excéder 25% (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2015 IV n° 1 c. 2.2). Or, même s'il fallait compter avec un pourcentage aussi élevé, ce dernier serait quoi qu'il en soit insuffisant pour ouvrir un droit à une rente de l'AI. Par conséquent, on peut faire l'économie d'établir si l'intimé était fondé à admettre un abattement uniquement pour la période au cours de laquelle seul un emploi en position assise était surtout exigible (du fait de l'atteinte au genou). Point n'est utile non plus de trancher la question de savoir si, comme le recourant le prétend (voir art. 5 § 3 du recours), un abattement plus important aurait dû être admis du simple fait de son âge (soit 57 ans au moment du prononcé querellé; voir cependant à ce sujet: TF 8C_535/2021 du 25 novembre 2021 c. 5.3.1, qui rappelle que l'influence de l'âge sur la capacité d'exploiter la capacité de gain résiduelle ne peut être mesurée selon une règle générale ou selon une limite d'âge, mais dépend de toutes les circonstances du cas d'espèce, voir aussi TF 8C_439/2017 c. 5.6.4 du 6 octobre 2017, s'agissant néanmoins d'un cas où un abattement a été exclu pour un assuré de 62 ans).

8.

8.1 En conclusion, c'est à juste titre que l'intimé a nié tout droit à une rente, dans sa décision du 8 juin 2022. Le recours du 8 juillet 2021 est donc mal fondé et doit être rejeté.

8.2 Conformément à l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme c'est le cas), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. Tel est le cas de la LAI. En effet, l'art. 69 al. 1^{bis} phr. 1 LAI dispose que la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. Le recourant n'obtenant

pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

8.3 Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire (avec désignation de son avocat en tant que mandataire d'office).

8.3.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense notamment du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné(e) à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

8.3.2

8.3.2.1 En ce qui concerne la condition financière, le recourant a indiqué qu'il percevait un revenu de Fr. 2'125.- composé d'indemnités journalières de la Suva. Le recourant a en effet été en état d'incapacité de travail du 19 janvier 2021 au 30 juin 2022 à tout le moins, pour cause d'accident (PJ 3). En tant qu'il résulte toutefois des décomptes d'indemnités journalières produits que chacune de ces mensualités s'est montée à Fr. 70.85 (PJ 5), le revenu du recourant doit en réalité être fixé à Fr. 2'155.- ($[\text{Fr. } 70.85 \times 365] : 12$).

8.3.2.2 Quant à ses charges, le recourant les a présentées comme telles: Fr. 1'350.- (minimum vital du recourant), Fr. 405.- (supplément de procédure en faveur du recourant), Fr. 300.- (minimum vital de sa fille), Fr. 740.- (loyer), Fr. 390.75 (primes d'assurance-maladie obligatoire du recourant), Fr. 111.55 (primes d'assurance-maladie obligatoire de sa fille), Fr. 187.50 (impôts), soit un total de Fr. 3'484.80 (voir art. 7 du recours). En l'occurrence, dans la mesure où l'intéressé a expliqué qu'il vivait avec sa fille, née le 8 mai 2012 (dos. AI 288/4), sur laquelle il exerce une garde partagée, c'est à raison qu'il a fait valoir le montant de base relatif aux débiteurs monoparentaux (voir à ce sujet: TF 5A_63/2012 du 20 juin 2012 c. 4.2.1; Circulaire n° B1 du 1^{er} avril 2010 de la Cour suprême, annexe 1, ch. II et Circulaire n° 1 du 25 janvier 2011 de la Cour suprême et du TA, let.

C). Aussi, puisque l'enfant ne vit que la moitié du temps chez le recourant, le montant de base du premier doit être réduit de 50%, comme le recourant l'a correctement mentionné. Il y a ensuite effectivement lieu d'admettre un supplément pour procéder de 30% sur le montant de base du recourant (30% de Fr. 1'350.-, soit Fr. 405.-). Toutefois, bien que le recourant ne l'a pas pris en compte, ce supplément doit aussi être calculé sur le montant de base de son enfant (30% de Fr. 300.-, soit Fr. 90.-; Circulaire n° 1 let. C ch. 1 et let. A). S'agissant du loyer, l'intéressé a établi qu'il était de Fr. 740.- charges comprises (PJ 8; Circulaire n° 1 let. C ch. 2 let. a). Il a également documenté que ses primes d'assurance-maladie obligatoire étaient de Fr. 390.75, alors que celles de sa fille se montaient à Fr. 111.55, les primes étant du reste toutes deux facturées à l'adresse du recourant (PJ 7 et 11; Circulaire n° 1 let. C ch. 2 let. b; Circulaire n° B1, annexe 1, ch. II.3). Le montant relatif aux impôts ne peut cependant pas être pris en compte, puisque le paiement effectif et régulier de ceux-ci n'est pas établi (ATF 135 I 221 c. 5.2; Circulaire n° 1 let. C ch. 2 let. g; voir aussi LUCIE VON BÜREN, in: HERZOG/DAUM [édit.], *Kommentar zum bernischen VRPG*, 2020, art. 111 n. 25). Ce faisant, les charges du recourant sont en réalité de Fr. 3'387.30.

8.3.3 Il s'ensuit que la comparaison du revenu du recourant de Fr. 2'155.- avec ses charges reconnues de Fr. 3'387.30, démontre un déficit mensuel de Fr. 1'232.30, si bien que la condition relative à l'indigence est réalisée (Circulaire n° 1 let. E).

8.4 En outre, il sied d'admettre que les chances de succès des recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 129 I 129 c. 2.3.1, 122 I 267 c. 2b et les références citées). De plus, la présente cause justifiait l'assistance d'un mandataire professionnel. La requête doit donc être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. L'avocat représentant le recourant est désigné en tant que mandataire d'office. Les frais judiciaires sont provisoirement supportés par le canton.

8.5 La note d'honoraires du 17 août 2022 de l'avocat du recourant fait montre d'honoraires à hauteur de Fr. 2'162.70 pour 9,5 heures de travail au tarif horaire de Fr. 200.-. Celle-ci mentionne cependant des activités ayant été effectuées avant le prononcé litigieux du 8 juin 2022. Les dépens devant la présente instance ne doivent cependant pas prendre en compte

les démarches antérieures à la décision attaquée (art. 52 al. 3 LPGA; ATF 140 V 116 c. 3.3). Les activités accomplies entre le 11 et le 24 mai 2022 y compris (représentant 1,25 heure d'honoraires et Fr. 8.85 de débours), ne peuvent donc justifier l'octroi de dépens. Les honoraires sont donc taxés à Fr. 1'650.- (9,5 - 1,25 = 8,25 heures à Fr. 200.-), auxquels s'ajoutent Fr. 99.25 de débours (Fr. 108.10 - Fr. 8.85) et Fr. 134.70 de TVA (7,7% de Fr. 1650.- + Fr. 99.25), soit Fr. 1'883.95 en tout. Eu égard à la jurisprudence du TF relative à la rétribution des défenseurs d'office (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 1'883.95 au titre du mandat d'office (voir l'art. 1 de l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711], les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11] et l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]).

8.6 Le recourant doit néanmoins être rendu attentif à son obligation de remboursement s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 112 al. 2 LPJA en lien avec l'art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me B._____ est désigné comme mandataire d'office.
3. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Les honoraires de Me B._____ sont taxés à Fr. 1'650.-, auxquels s'ajoutent les débours par Fr. 99.25 et la TVA par Fr. 134.70; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 1'883.95 au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC, est réservée.
6. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le greffier:

e.r.: C. Jeanmonod, greffière

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).