

200.2023.495.AI
N° AVS
MAU/EGC

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

Jugement du 26 février 2024

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
A. Mariotti, greffière

A. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 31 mai 2023



En fait:

A.

A. _____, né en 1968, séparé et père de cinq enfants, est entré en Suisse en 1996. Sans formation certifiée, il a depuis lors travaillé notamment en tant qu'ouvrier et aide-chauffeur. Il est par ailleurs soutenu par le Service social de sa commune depuis avril 2008. Le 1^{er} mai 2001, il a subi un accident lors duquel il s'est blessé au genou. Par formulaire daté du 4 novembre 2008, il a déposé une demande de prestations pour adultes de l'assurance invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne, en évoquant une gonarthrose tricompartmentale à droite et à gauche, pour laquelle il a subi une opération le 29 avril 2008. Par communication du 12 juin 2009, des mesures d'intervention précoce sous forme de conseils à la réadaptation lui ont été accordées. Après avoir permis à l'intéressé de participer à un bilan des potentiels professionnel et médical, au retour d'un voyage de l'assuré dans son pays d'origine, puis demandé à celui-ci de réduire le dommage, en donnant suite à cette mesure, l'Office AI Berne a mis fin à l'aide au placement et nié un droit à des mesures de réadaptation professionnelle par décision du 3 juillet 2019, rendue après un préavis similaire du 21 mai 2019.

B.

Au moyen de deux formulaires datés des 15 octobre et 1^{er} décembre 2021, l'assuré, par son médecin généraliste traitant, a sollicité des mesures de détection précoce. Par formulaire du 17 décembre 2021, il a également sollicité des prestations de l'AI (mesures professionnelles/rente). Il s'est alors prévalu de tremblement d'attitude brachio-crural distale droit, d'encéphalopathie vasculaire, de myoclonie spinale, d'hernies cervicale C4/C5 et lombaire L4/L5 et de micro-angiopathie cérébrale. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a actualisé le dossier médical en réunissant des rapports neurologiques, dermatologiques, gastroentérologique, ophtalmologique, orthopédique, radiologiques et du médecin généraliste traitant. En se fondant sur des rapports du SMR des 10 octobre 2022 et 10 mars 2023

et par acte du 27 mars 2023, l'Office AI Berne a nié le droit de l'assuré à des mesures de réadaptation. En outre, par acte du 31 mai 2023, confirmant un préavis identique du 4 avril 2023 contesté par l'assuré dans des observations du 26 avril 2023, il a nié tout droit à une rente.

C.

Par envoi du 26 juin 2023, l'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant implicitement à son annulation. Avec un courrier du 17 juillet 2023, il a déposé diverses pièces justificatives. Dans son mémoire de réponse du 30 août 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. Bien que rendu attentif à son droit de répliquer par le TA, le recourant n'a pas fait usage de cette possibilité, mais a néanmoins transmis de nouvelles pièces justificatives. Aux termes de sa duplique du 27 septembre 2023, l'Office AI Berne a maintenu ses conclusions.

En droit:

1.

1.1 La décision du 31 mai 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit du droit des assurances sociales et nie tout droit du recourant à une rente de l'AI. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et sur l'octroi d'une telle prestation. Est particulièrement critiqué par le recourant l'évaluation faite par l'intimé de son taux d'invalidité.

1.2 Interjeté en temps utile et dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, 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] et art. 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 TA 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 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 148 V 162 c. 3.2.1 et les références). En l'occurrence, tant la décision entreprise que le droit potentiel du recourant à une rente sont postérieurs au 1^{er} janvier 2022, la demande de prestations étant datée du 17 décembre 2021 (voir c. 7.2). Ainsi, c'est le droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 qui s'applique.

2.2 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).

2.3 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante (ATF 142 V 106 c. 4.4).

2.4 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. 1^{bis} 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.

2.5 Lors d'une nouvelle demande ou demande de révision, l'assuré doit rendre plausible une modification des circonstances. Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

2.6 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; SVR 2021 IV n° 54 c. 2.3).

2.7 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 moyens de preuve 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).

3.

3.1 Par la décision attaquée, l'intimé a nié tout droit à une rente. Après avoir procédé à des clarifications concernant l'état de santé, il a considéré que celui-ci était en mesure d'assumer une activité physique légère en position alternée ou tout au plus principalement assise avec une charge exceptionnelle de 10 kg maximum. Cette activité serait exigible pendant six heures par jour avec une diminution de rendement de 10% en raison d'un besoin accru de pauses pour soulager la colonne vertébrale. Il a encore précisé diverses limitations fonctionnelles et suggéré au recourant qu'il stoppe sa consommation de cannabis afin de ne pas réduire davantage sa capacité de travail. En procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'intimé a arrêté le taux d'invalidité à 35%, insuffisant pour ouvrir un droit à la rente. Il a aussi considéré que les observations du recourant concernant le préavis n'étaient pas suffisamment motivées et qu'il n'y avait ainsi pas de nouveaux éléments médicaux à prendre en considération. Dans sa réponse, l'intimé a expliqué s'être fondé sur les rapports des médecins traitants ainsi que sur l'avis du SMR des 10 octobre 2022 et 10 mars 2023, en particulier sur le profil d'exigibilité dressé dans ce premier document.

3.2 Dans son recours du 26 juin 2023, le recourant fait, quant à lui, valoir qu'il conteste la décision aux motifs principaux qu'il ne peut pas travailler six heures par jour en raison des douleurs arthrosiques à ses genoux et que tout au plus, il pourrait essayer, dans le cadre d'une évaluation, de travailler quatre heures par jour. De surcroît, il a déclaré qu'il ne pourrait pas arrêter de fumer du cannabis, car c'était le seul moyen à sa disposition pour réussir à dormir sans prendre de somnifères. En outre, il a mentionné que le cannabis l'aidait à supporter les douleurs liées à son arthrose et lui permettait d'avoir suffisamment d'appétit pour se nourrir. A l'appui de son recours, il a également fourni divers documents médicaux.

4.

En préambule, il sied de relever que l'intimé est entré en matière sur la demande de prestations du recourant datée du 17 décembre 2021. Dans la

mesure où cette question n'est pas litigieuse dans le cas présent, le TA n'a donc pas à revoir cet aspect de la procédure (ATF 109 V 108 c. 2b) et doit dès lors plutôt procéder à un examen matériel du cas d'espèce (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2021 IV n°36 c. 3.1).

5.

5.1 A titre liminaire, il sied de relever que trois rapports antérieurs à la décision attaquée, mais transmis postérieurement, ont été versés au dossier (dos. AI 113/7 et 113/8; pièce justificative [PJ] 5 recourant). Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 c. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_239/2020 du 19 avril 2021 c. 7.2.1, 9C_34/2017 du 20 avril 2017 c. 5.2). A mesure que ces documents sont antérieurs au prononcé de la décision attaquée et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue, ils doivent être pris en considération dans la présente procédure et seront ainsi discutés, au besoin, dans l'examen de la valeur probante des rapports du SMR ci-après (voir c. 6.3).

5.2 La première décision de l'intimé du 3 juillet 2019 ayant mis fin à l'aide au placement s'est principalement fondée sur le fait qu'une telle mesure n'était alors pas possible, puisque la situation médicale du recourant demandait des investigations supplémentaires ainsi que des consultations neurologiques (dossier [dos.] AI 72).

5.3 A réception de la demande du 17 décembre 2021, l'intimé a ensuite réuni les documents médicaux suivants.

5.3.1 Le médecin traitant du recourant a transmis divers rapports médicaux (dos. AI 94). Il s'est d'abord agi d'un rapport du 4 septembre 2019 du service de neurologie d'un centre hospitalier qui a posé le diagnostic de tremblement final de type myoclonie spinale concernant le membre inférieur droit et a relevé que le recourant présentait un problème au dos aux niveaux cervical et lombaire avec des hernies et des compressions sur la moelle épinière et sur les racines L4/L5 à gauche. La symptomatologie au membre inférieur droit était, selon cet écrit et d'après une IRM, très probablement due à un contrecoup à cause des hernies au niveau du dos (dos. AI 94/11). Un second rapport du 25 septembre 2019 de ce même service a posé comme diagnostic, après une neurographie, outre la myoclonie spinale au membre inférieur droit, un tunnel carpien léger droit, un tunnel tarsien léger droit et une probable radiculopathie droit au niveau lombaire bas droite (dos. AI 94/10). Un rapport du 29 octobre 2019 d'un dermatologue a également été produit et exposait que le recourant avait un dermatofibrome inoffensif, qui pouvait être retiré par excision mais ne nécessitait pas de thérapie (dos. AI 94/8). Puis a été joint un rapport du 28 avril 2021 d'un institut de radiologie, qui a procédé à une IRM du cerveau pour investiguer des vertiges dont s'était plaint le recourant. Celui-ci n'a pas trouvé de masse particulière mais a constaté un début de micro-angiopathie (dos. AI 94/7). Il s'est encore agi d'un rapport du 28 octobre 2021 d'un gastroentérologue ayant procédé à une coloscopie de contrôle n'ayant pas relevé d'anomalie (dos. AI 94/5) et d'un rapport du 11 janvier 2022 d'un ophtalmologue et évoquant une cataracte ayant été traitée, notamment (dos. AI 94/3). Enfin a encore été transmis un nouveau rapport du 17 mars 2022 d'un dermatologue faisant état d'un pityriasis versicolor (dos. AI 94/2).

5.3.2 Par rapport du 8 août 2022, le médecin généraliste traitant du recourant a attesté que ce dernier était en incapacité de travail totale depuis le 25 août 2021 pour une durée indéterminée. Selon son rapport avaient une incidence sur sa capacité de travail, la micro-angiopathie cérébrale, la gonarthrose bilatérale et la consommation de cannabis. Il a en outre relevé que le recourant présentait des limitations fonctionnelles liées à ses gonalgies et qu'une IRM du genou droit montrait une rupture aiguë du ménisque interne corne postérieure et une chondropathie modérée du

compartiment interne. Enfin, il a relevé que sa pathologie cérébrale et la consommation de cannabis faisaient obstacle à une réadaptation. Y a été joint un rapport du 17 juin 2022 d'un institut de radiologie exposant les pathologies mentionnées dans le rapport en lien avec les limitations fonctionnelles. Il est également ressorti de l'IRM une dégénérescence importante du ménisque externe accompagnée d'anciennes fissurations et un épanchement modéré (dos. AI 97).

5.3.3 Un spécialiste en médecine du travail et en médecine générale du SMR s'est prononcé le 10 octobre 2022. Il a exposé qu'après consultation de l'ensemble des documents au dossier, le recourant souffrait de divers problèmes de santé, dont principalement des troubles de l'appareil locomoteur qui se traduisaient par une gonarthrose bilatérale dans le cadre d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque et par une maladie dégénérative de la colonne vertébrale centrée sur les vertèbres L4/L5 avec une symptomatologie radiculaire. Il existait, d'après lui, une incapacité de travail partielle depuis le 25 août 2021 en raison des limitations de l'appareil locomoteur. Selon le spécialiste du SMR, une activité physique légère en position alternée ou principalement assise, avec une charge maximale de 10 kg portée près du corps pendant six heures serait exigible, avec une réduction de rendement de 10% en raison d'un besoin accru de pause pour soulager la colonne vertébrale. Devraient en outre être évitées les postures contraignantes prolongées du haut du corps, telles que le maintien prolongé en position inclinée vers l'avant, les travaux impliquant des mouvements de rotation répétitifs du haut du corps, la rotation de ce dernier en position assise/debout sous l'effet d'un poids, le soulèvement de charges à distance du corps, le soulèvement répétitif de charges au-dessus du niveau de la poitrine, les effets de charge inattendus et asymétriques, la position debout et la marche prédominantes, les travaux en position penchée, accroupie et à genoux, la marche sur un terrain accidenté, la descente prolongée, les sauts vers le bas, la montée sur des échelles et des échafaudages ainsi que la montée fréquente d'escaliers. Enfin, le SMR a relevé que l'évolution de la situation dépendait de la pause d'une prothèse de genou (dos. AI 101).

5.3.4 En réponse aux questions médicales de l'intimé, le médecin traitant du recourant a précisé le 25 novembre 2022 que, dans l'immédiat, une prothèse de genou n'était pas envisagée au vu de l'âge du patient. Un traitement par infiltration du genou était proposé (dos. AI 103).

5.3.5 Un rapport du 20 octobre 2022 de la clinique d'orthopédie d'un centre hospitalier a précisé que les douleurs du recourant étaient dues à sa gonarthrose. Vu son âge, il a été indiqué qu'il était préférable d'attendre encore avant de lui poser une prothèse de genou. La prise d'analgésiques a été proposée et, si cela ne suffisait pas, une infiltration ou la pose d'une prothèse du genou ont été évoquées (dos. AI 105).

5.3.6 Le spécialiste du SMR s'est à nouveau prononcé le 10 mars 2023 (dos. AI 107). Il s'est principalement exprimé au sujet du rapport du 20 octobre 2022, duquel il a déduit que le spécialiste en orthopédie avait décrit une bonne situation fonctionnelle de l'articulation du genou et qu'il avait noté, en particulier, qu'il y avait peu de limitations dans l'extension/flexion et que les activités quotidiennes pouvaient être effectuées par le recourant. Selon le SMR, au vu de ces résultats, rien ne s'opposait à une activité principalement sédentaire. Sur cette base, il a confirmé les conclusions de son précédent rapport du 10 octobre 2022 (voir c. 5.3.3), en précisant que le recourant devait continuer à faire ses exercices de physiothérapie et de renforcement de la colonne vertébrale ainsi que mettre fin à sa consommation de cannabis.

5.4 Le 2 juin 2023, soit après que la décision attaquée ait été rendue, le médecin généraliste traitant a encore envoyé divers rapports médicaux à l'intimé (dos. AI 113/11). En plus des documents déjà produits (voir c. 5.3.2), il a remis deux rapports d'un institut de radiologie. Le premier du 4 décembre 2020 a conclu à des signes d'une gonarthrose faible mais pas à des signes d'une luxation ou d'une fracture (dos. AI 113/8). Le second du 14 décembre 2020 a évoqué une arthrose fémoro-tibiale médiale modérée, une arthrose fémoro-tibiale latérale faible et une arthrose fémoro-patellaire modérée à sévère (dos. AI 113/7).

5.5 Dans la procédure de recours, le recourant a encore transmis en particulier divers documents médicaux. Outre les documents déjà versés

au dossier ainsi que les documents antérieurs à la date de la première décision, l'intéressé a produit un rapport cardiologique du 21 septembre 2022 concluant que le patient était asymptomatique sur les plans cardiaque et respiratoire, qu'il n'y avait pas de signe d'insuffisance cardiaque à l'examen clinique, que l'auscultation était sans particularité, qu'il y avait par contre une discrète dilatation de l'aorte ascendante au niveau du segment I, que le cœur était structurellement et fonctionnellement normal et qu'il y avait un bon équilibre tensionnel sous traitement (pièce justificative [PJ] 5). Une image d'un électrocardiogramme daté du 16 mars 2020 a également été remise pendant la procédure de recours (PJ 18).

6.

Il convient d'examiner la valeur probante des rapports du SMR des 10 octobre 2022 et 10 mars 2023, sur lesquels la décision attaquée est basée.

6.1

6.1.1 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).

6.1.2 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 LPGA. 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 LPG (ATF 142 V 58 c. 5.1, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6, 122 V 157 c. 1d). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

6.2 En l'espèce, d'un point de vue formel, il faut d'abord relever que, si les rapports du SMR ne citent pas expressément tous les rapports médicaux versés au dossier, ils mentionnent, à tout le moins, les plus pertinents et les plus récents, à savoir les rapports neurologiques et radiologique, dermatologique et du médecin traitant. Par ailleurs, le SMR a indiqué avoir dûment considéré l'ensemble des documents médicaux au dossier, ce dont il n'y a pas lieu de douter au vu du contenu matériel de ses rapports. Ils reprennent ensuite les diagnostics posés dans ces derniers. Les rapports du SMR décrivent le contexte médical de façon compréhensible, mentionnent les différents points litigieux et tiennent

compte des plaintes du recourant. Ce faisant, le SMR était en mesure de se faire une image complète de la situation médicale, de même que de l'apprécier, sans qu'il ne soit besoin de procéder à un examen personnel du recourant. En effet, un tel examen n'est pas nécessaire lorsque, comme en l'espèce, le dossier médical est complet et que le médecin du SMR se réfère à des pièces médicales qui ont été établies à suffisance sur la base d'un examen clinique du recourant (TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 c. 3.2 et les références; SVR 2020 IV n° 38 c. 4.3). Dans son premier rapport, le médecin du SMR a exposé que l'exigibilité d'une activité adaptée dépendait de la pose d'une prothèse de genou. Une fois cet aspect établi, par le biais de rapports du médecin traitant et d'une clinique d'orthopédie, le médecin du SMR a confirmé le profil d'exigibilité déjà établi dans son premier rapport. Il a ainsi pris position en connaissance de tous les éléments pertinents. En outre, selon la jurisprudence, quelle que soit sa spécialisation, un médecin est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (TF 9C_238/2019 du 17 mai 2019 c. 4.2; 9C_711/2010 du 18 mai 2011 c. 4.3). De ce fait, il n'est rien non plus à redire au fait que le médecin du SMR soit spécialisé en médecine du travail et médecine générale. Ses conclusions, bien que succinctes, sont compréhensibles, cohérentes et ne permettent pas de soupçonner des lacunes lors de l'élaboration des rapports. Elles répondent ainsi aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des rapports médicaux.

6.3 D'un point de vue matériel, les rapports du SMR sont également convaincants. Bien que ces documents soient brefs, ils ne sont pas pour autant lacunaires et sujet à caution. En effet, force est d'abord de relever que les atteintes sont clairement circonscrites au dossier. Comme l'a relevé le médecin du SMR, il s'agit principalement de troubles liés à l'appareil locomoteur. Dans le rapport du 10 octobre 2022, il est principalement question des atteintes à la colonne vertébrale, des douleurs au genou et des vertiges dont le recourant s'est plaint. Les diagnostics posés dans les rapports des spécialistes traitants des 25 septembre 2019, 28 avril 2021, 17 juin 2022 et 8 août 2022, à savoir principalement la gonarthrose bilatérale et une maladie dégénérative de la colonne vertébrale centrée sur L4/L5 avec une symptomatologie radiculaire sont repris dans le rapport du

SMR du 10 octobre 2022 et considérés comme cohérents. Ce rapport reprend également les aspects soulevés par le médecin généraliste traitant, qui faisait état d'une micro-angiopathie cérébrale, d'une gonarthrose bilatérale et de consommation de cannabis. A cet égard, tous les éléments au dossier sont concordants et ne sont pas controversés. Concernant les vertiges, ceux-ci ont été investigués par une IRM lors de laquelle un début de micro-angiopathie a été diagnostiqué. Ils ont aussi fait l'objet d'un rapport cardiologique du 21 septembre 2022, qui a conclu notamment que le recourant était asymptomatique sur le plan cardiaque et respiratoire, le cœur ayant été jugé structurellement et fonctionnellement normal, une discrète dilation de l'aorte ascendante ayant été évoquée (PJ 5 recourant). Ce dernier écrit, bien qu'inconnu de l'intimé, ne permet ainsi pas de conclure à la présence d'une quelconque pathologie. Les deux rapports radiologiques fournis postérieurement à la décision attaquée (dos. AI 113/7 et 113/8) traitent également des douleurs d'arthrose du recourant. Ces dernières avaient cependant déjà été documentées dans des rapports postérieurs (dos. AI 97/9) qui ont été dûment pris en considération dans l'appréciation du SMR. Quant à l'omarthrose qui ressort du rapport radiologique du 4 décembre 2020 (dos. AI 113/8), si elle n'a ensuite pas été reprise dans d'autres rapports, elle ne semble avoir fait l'objet d'aucune plainte ultérieure du recourant et n'a pas été évoquée par son médecin traitant. Par ailleurs, le rapport du SMR mentionne également les atteintes n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail, à savoir le pityriasis versicolor, l'hypertension artérielle et l'insuffisance rénale. Il ne cite en revanche pas le dermato-fibrome qui n'a toutefois aucun impact non plus sur la capacité de travail et ne nécessite pas de traitement, selon le spécialiste consulté (dos. AI 94/8), ni les hémorroïdes, également sans pertinence selon la coloscopie réalisée (dos. AI 94/5). Dans le second rapport du 10 mars 2023, le médecin du SMR traite des rapports radiologique du 17 juin 2022 et orthopédique du 20 octobre 2022 en lien avec les problèmes de genou du recourant. Sur la base de ce dernier rapport, le médecin du SMR a confirmé, à juste titre, le profil établi dans son précédent rapport. En effet, le spécialiste en orthopédie avait décrit que, même si les douleurs étaient variables, le recourant pouvait accomplir tous les actes ordinaires du quotidien. Au vu de son âge, il est proposé d'attendre avant de poser une éventuelle prothèse de genou. Au moment

de la rédaction du rapport, il était recommandé au recourant de prendre des analgésiques et, si cela devait ne pas suffire, procéder à une éventuelle infiltration. Ainsi, bien que ce second rapport soit relativement bref, il correspond aux avis émis par les spécialistes traitants. En outre, ces constatations démontrent une certaine stabilité de la situation médico-asséculogique du recourant, dont les douleurs aux genoux étaient déjà connues dans le contexte de la première procédure devant l'intimé. Ce faisant, au regard des affections prises en compte de manière logique dans ses rapports du 10 octobre 2022 et du 10 mars 2023, le profil d'exigibilité retenu par le SMR est cohérent. Il en va de même de la date à partir duquel celui-ci a été jugé valable, à savoir le 25 août 2021, date qui correspond à l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant (dos. AI 97/3). Les conclusions du SMR s'avèrent dès lors compréhensibles, convaincantes et exemptes de contradiction. Elles doivent ainsi être confirmées.

6.4 Au vu de ce qui précède, il n'existe donc aucun motif qui justifierait que l'on remette en cause les conclusions émanant des rapports médicaux rédigés par le médecin du SMR, auxquels il y a lieu d'accorder une pleine valeur probante. Il convient donc de reconnaître que le recourant est capable d'assumer une activité physique légère en position alternée ou tout au plus principalement assise avec une charge exceptionnelle de 10 kg maximum (portée près du corps), ce à raison de six heures par jour, avec une diminution de rendement de 10% en raison d'un besoin accru de pauses pour soulager la colonne vertébrale (voir c. 5.2.3).

7.

Reste à examiner le taux d'invalidité du recourant.

7.1 Pour évaluer ce dernier, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 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 pris en compte (ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222; voir aussi art. 25 al. 2 RAI). Lorsque les revenus de valide et d'invalidé doivent être calculés à partir du même salaire statistique, il s'avère superflu de déterminer ceux-ci de manière précise. Dans un tel cas, le degré d'invalidité correspond alors au degré de l'incapacité de travail sous réserve d'un éventuel abattement sur le salaire statistique (TF 8C_104/2021 du 27 juin 2022 c. 6.2, non publié in ATF 148 V 321; voir aussi art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur au 1^{er} janvier 2024 et VGE IV/2023/737 du 16 janvier 2024 c. 4.2.2).

7.2 En l'occurrence, le recourant ayant déposé une demande de prestations datée du 17 décembre 2021 mais postée et reçue par l'intimé en janvier 2022 (voir dos. AI 81/10), son potentiel droit à la rente aurait pu naître au plus tôt en juillet 2022 (art. 29 al. 1 LAI et art. 29 al. 1 LPGA). A mesure que le recourant n'a plus travaillé depuis de nombreuses années, qu'il ne bénéficie d'aucune formation certifiée et qu'il a, en dernier lieu, occupé essentiellement des emplois temporaires (dos. AI 38/1), l'intimé s'est, à juste titre, basé sur le revenu statistique de l'Enquête suisse sur la structure du salaire (ESS) publié par l'Office fédéral de la statistique et a retenu le tableau TA1, niveau de compétence 1 pour calculer tant le revenu de valide (voir ATF 144 I 103 c. 5.3; SVR 2022 IV n° 22 c. 4.2) que celui d'invalidé (voir ATF 148 V 174 c. 6.2, 143 V 295 c. 2.2). L'année de référence pertinente est 2022 et non 2021, comme l'intimé l'a retenu à tort. Cependant, cela n'a pas d'incidence sur l'évaluation du taux d'invalidité, puisque la comparaison des revenus doit au cas particulier être effectuée sur une même base statistique. En effet, si les revenus de l'invalidité et de

la validité doivent être calculés à partir du même salaire de référence, il n'est pas nécessaire de les déterminer avec précision. Dans ce cas, le degré d'invalidité équivaut au degré d'incapacité de travail et de rendement, compte tenu encore d'un éventuel abattement. Il ne s'agit alors pas d'une "comparaison en pour-cent" au sens de l'ATF 114 V 310 c. 3a, mais d'une simplification arithmétique (TF 8C_104/2021 du 27 juin 2022 [destiné à publication] c. 6.2, 8C_358/2017 du 4 août 2017 c. 2.2; VGE IV/2022/765 du 27 juin 2023 c. 7.3). Partant, sur la base d'une limitation médico-théorique de la capacité de travail de six heures par jour (ce qui représente, à un taux horaire de 41,7 heures par semaine, un taux d'activité de 72% et donc une incapacité de travail de 28%; voir art. 25 al. 4 RAI et la table T03.02.03.01.04.01, "Durée normale du travail dans les entreprises selon la division"; voir aussi TF 8C_276/2021 du 2 novembre 2021 c. 5.4.2), avec une réduction de rendement de 10% (voir c. 6.4), on parvient à un taux d'invalidité de 35% (arrondi), ainsi que l'intimé l'a établi (voir également JTA AI/2018/769 du 8 juin 2020 c. 7.4.2, pour un calcul similaire). Ce taux ne suffit toutefois pas pour ouvrir un droit à une rente. C'est donc à juste titre que l'intimé a nié un tel droit.

8.

8.1 Au vu de ce qui précède, le recours 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 en l'espèce), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. En l'occurrence, 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 donc être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ceux-ci sont compensés avec l'avance de frais fournie.

8.3 Il n'est pas alloué de dépens, pas même sous la forme d'une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA a contrario; art. 104 al. 1 s. et art. 108 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

La 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).