

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1761/2024

ATAS/203/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 mars 2025

Chambre 8

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Sarah BRAUNSCMIDT SCHEIDEGGER,
avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Marie-Josée COSTA, Présidente ; Yves MABILLARD, Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A. a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1965, exerçait comme vendeur et monteur de fenêtres indépendant quand il a été victime d'un accident sur la voie publique, le 27 décembre 2012.

Alors qu'il circulait au volant de son véhicule, il a été percuté par une voiture de police. Il a notamment subi des fractures aux côtes ainsi qu'une fracture multifragmentaire du tibia et une fracture tri locale de la fibula gauche. Il a été opéré en urgence le 28 décembre 2012 par enclouage centromédullaire du tibia et péroné de la jambe gauche. Compte tenu de l'évolution vers une pseudarthrose, l'assuré a bénéficié d'une greffe osseuse au niveau du foyer de la fracture, le 18 juillet 2013.

- b.** Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance (CNA).

Le 6 mars 2015, la CNA a rendu une décision par laquelle elle mettait un terme au versement des prestations d'assurance le 13 mars 2015, motif pris que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident.

- c.** Suite à la contestation de l'assuré, la CNA a maintenu sa position par décision sur opposition du 21 mai 2015.

d. Par arrêt du 30 janvier 2017 (ATAS/56/2017), la chambre de céans a admis le recours et annulé la décision sur opposition du 21 mai 2015. La cause a été renvoyée pour mise en place d'une expertise médicale, la chambre de céans ayant considéré que les rapports de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) et du médecin d'arrondissement de la CNA, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ne pouvaient pas se voir reconnaître pleine valeur probante.

- e.** En date du 26 octobre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

f. Après instruction de la cause, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, le 5 février 2016. Il retenait que, depuis le 27 décembre 2012, sa capacité de travail était considérablement restreinte. Cependant, il avait recouvré une capacité totale de travail dans son activité habituelle dès le 27 novembre 2014.

- g.** Par décision du 16 mars 2016, l'OAI a confirmé son refus.

h. Le 10 janvier 2018, l'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Dans cette nouvelle demande, il indiquait être en incapacité totale de travail depuis le 27 décembre 2012, pour une durée indéterminée. Il était assisté par l'Hospice général.

i. Par projet du 9 mars 2018, confirmé par décision du 23 avril 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière, l'assuré n'ayant pas rendu vraisemblable une modification notable de son état de santé.

j. Par décision du 17 octobre 2018, la CNA a refusé tout droit à la rente, la perte économique compte tenu d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée étant nulle. Elle a également refusé de prendre en charge les troubles psychiques et nié le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

k. Par décision sur opposition du 30 novembre 2018, la CNA a maintenu sa position.

l. Par arrêt du 27 juin 2019 (ATAS/588/2019), la chambre de céans a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision de l'OAI du 23 avril 2018.

m. Par arrêt du 7 octobre 2019, le Tribunal fédéral a déclaré le recours irrecevable.

B. a. En date du 16 août 2021, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

b. Par rapport du 1^{er} septembre 2021, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a rappelé que l'assuré était suivi depuis les suites de son accident de la circulation de décembre 2012. Il souffrait toujours de douleurs persistantes à la jambe gauche, de gonalgie droite ainsi que de lombalgies intermittentes. La doctoresse soulignait que l'état anxieux et dépressif s'était aggravé, de sorte qu'un suivi spécialisé allait être organisé. L'assuré présentait par ailleurs un syndrome d'apnées du sommeil d'intensité sévère ainsi qu'une hypertension et une hypercholestérolémie. L'assuré avait été opéré d'un carcinome rénal au niveau cortical du pôle supérieur du rein gauche. Les céphalées s'étaient également péjorées. Elle concluait à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 40% dans une activité adaptée, laquelle devait être augmentée progressivement.

c. Selon le compte-rendu opératoire du 8 septembre 2021, au vu de la tumeur rénale, l'assuré avait subi une nephrectomie partielle gauche laparoscopique le 17 août 2021.

d. Dans son rapport du 8 novembre 2021, la Dre C_____ a conclu à une capacité de travail de 30-40% dans une activité adaptée à augmenter progressivement.

Elle joignait à son rapport plusieurs résultats d'examens médicaux, soit notamment :

- la radiographie du genou droit du 8 septembre 2021 qui mettait en évidence une ostéopénie diffuse marquée, un stigmate d'arthrose fémoro-patellaire droite et gauche avec ostéophytose marginale, pincement des interlignes articulaires prédominant en fémoro-patellaire latéral et sclérose sous-chondrale ainsi que la présence d'un os fabella ;

- l'IRM du genou gauche du même jour qui concluait à une chondropathie de grade III au niveau des surfaces articulaires patellaires médiale et latérale et de la crête patellaire ;
- le rapport du 28 septembre 2021 du docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, lequel considérait que l'assuré présentait probablement une céphalée de tension. L'asthénie pouvait être expliquée par l'état anxio-dépressif, mais aussi par la prise d'indéral.

e. Par rapport du 14 janvier 2022, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a fait état d'un épisode dépressif majeur d'intensité légère. Sur le plan psychiatrique, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50% dans toute activité depuis la première consultation, soit le 10 septembre 2021. Il retenait comme limitations, la fatigue, la perte de motivation et les troubles de la concentration. L'assuré n'avait pas souhaité prendre un traitement médicamenteux.

f. Une expertise pluridisciplinaire a été organisée par l'OAI auprès du centre F_____.

Selon le rapport du 27 juin 2023 émanant des docteurs G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'assuré avait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis l'accident de la circulation de décembre 2012. S'agissant d'une activité adaptée, les experts ont retenu consensuellement une capacité de travail de 100% du 5 mai 2015 à fin avril 2018, puis à 50% dès mai 2018 pour des raisons pneumologiques, soit la mise en évidence d'un syndrome d'apnées du sommeil non appareillé. Une incapacité totale de travail était retenue de juin à décembre 2021 au vu de l'opération du cancer du rein.

S'agissant des limitations fonctionnelles, il n'y en avait pas sur le plan psychiatrique, étant précisé que l'experte psychiatre avait considéré que l'épisode dépressif majeur d'intensité légère avec syndrome somatique était en rémission. Sur les plans orthopédique et rhumatologique, une activité adaptée devait respecter : « changements de position possibles ; pas de position debout statique prolongée ; pas de marche prolongée ; pas de position prolongée et/ou de mouvements itératifs en flexion/extension/rotation/inclinaison de la nuque et/ou du tronc ; pas de montée/descente itérative des escaliers ; pas de travail en position agenouillée ou accroupie ; pas de travail prolongé des membres supérieurs en hauteur ; pas de port de charge itératif > 10kg ; pas de travail en hauteur (échelle, échafaudage) ; pas de travail avec des engins émettant des ondes à basse fréquence ». En ce qui concernait le volet de médecine interne, il fallait éviter le travail de nuit ou comme conducteur en raison du syndrome d'apnée du

sommeil qui entraînait fatigue, fatigabilité et endormissement diurne ainsi qu'une activité avec des irritants volatils ou poussières ou autres irritants.

Il était noté que, sur le plan ostéo-articulaire, les experts en orthopédie et en rhumatologie avaient constaté l'absence d'incohérences entre les plaintes, les examens et les diagnostics, mais ils considéraient que l'assuré surévaluait les douleurs.

g. Par avis du 3 juillet 2023, le service médical (ci-après : SMR) s'est rallié aux conclusions de l'expertise. Il a considéré qu'il fallait retenir une aggravation de l'état de santé depuis mai 2018 en raison de l'apnée du sommeil sévère qui limitait la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, étant précisé qu'une incapacité totale de travail était retenue de juin à septembre 2021 en raison de l'opération relative au cancer du rein.

h. Le dossier a été soumis pour examen auprès du service de la réadaptation. Ledit service a rappelé que l'assuré était sans activité depuis 2012. Il n'avait pas mis à profit sa capacité de travail reconnue comme entière. Des mesures n'étaient pas de nature à réduire le dommage. Le marché du travail comptait par ailleurs un large éventail d'activités simples et répétitives adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré et ne nécessitant pas de formation spécifique, notamment par exemple des tâches simples de vérification, de contrôle ou des activités d'accueil.

i. Par projet de décision du 23 novembre 2023, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière dès le 1^{er} février 2022, puis une rente correspondant à un taux de 61% du 1^{er} avril 2022 au 31 décembre 2023, puis à 65% dès le 1^{er} janvier 2024.

j. Par décisions du 19 avril 2024, l'OAI a accordé une rente entière du 1^{er} février au 31 mars 2022, puis une rente correspondant à un taux de 61% à compter du 1^{er} avril 2022. La décision comprenant la période dès janvier 2024 contenait une mention selon laquelle le changement de degré d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2024 à 65% ne justifiait pas une modification du montant de la rente, car le changement de degré était de moins de 5%. Pour le surplus, les mesures professionnelles étaient refusées.

C. a. Par acte du 24 mai 2024, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales (ci-après : la Cour de céans) contre la décision du 19 avril 2024, concluant sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2022. Subsidièrement, il sollicitait des mesures professionnelles. Il expliquait avoir soumis le rapport d'expertise à ses médecins et attendre des éléments médicaux complémentaires, de sorte qu'il demandait un délai pour étayer sa position avec les éléments à venir. Il contestait l'évaluation de ses limitations fonctionnelles, l'absence de diminution de rendement vu les restrictions d'ores et déjà admises par les experts ainsi que le calcul du degré d'invalidité. Il considérait avoir droit à des mesures professionnelles puisque son activité habituelle n'était plus possible et qu'il était éloigné du marché du travail de longue date. Il parlait très bien le français et

souhaitait travailler, de sorte que l'octroi d'une formation améliorerait considérablement sa capacité de gain.

b. Interpellé, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée par acte du 20 juin 2024, en se prévalant du rapport d'expertise et des conclusions du service de réadaptation.

c. Malgré les délais accordés, le recourant n'a pas produit de nouvelles écritures ou de pièces.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA).

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

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision octroyant une rente partielle au recourant à compter du 1^{er} avril 2022 et lui refusant des mesures professionnelles.

3.

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

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

3.2 En l'occurrence, la décision est postérieure au 1^{er} janvier 2022. Par ailleurs, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en février 2022, soit six

mois après le dépôt de la demande du 16 août 2021 (art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

4.1 En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

4.2 Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

4.3 Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

5. Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

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

6. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

7. Selon l'art. 28b LAI – entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022 – 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 inférieur à 50%, la quotité de la rente est la suivante : tableau, avec un taux d'invalidité d'au minimum 40% donnant droit à une rente – la plus basse – de 25%, jusqu'à un taux d'invalidité de 49% donnant droit à une rente de 47,5% (al. 4).

8.

8.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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

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

8.4 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la

maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

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

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

I. Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2). Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

II. Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

8.7 Il est notamment relevé que même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que

comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

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

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

10.

10.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

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

10.4 Selon la jurisprudence, un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

10.5 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10.6 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet

égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

11. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré :
 - a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou
 - b. atteint 100%.

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

12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

13.

13.1 En l'espèce, le recourant conteste l'appréciation médicale s'agissant des limitations fonctionnelles et du rendement retenus. Il s'oppose également au calcul du degré d'invalidité et sollicite des mesures professionnelles. L'intimé maintient sa position en faisant valoir les conclusions de l'expertise et du service de réadaptation.

13.2 Il sied dès lors d'examiner les rapports médicaux au dossier, en particulier le rapport d'expertise du F_____ qui a été suivi par le SMR et par l'OAI pour fixer les droits du recourant.

S'agissant de la valeur probante du rapport d'expertise du 27 juin 2023, on doit relever qu'il répond, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante. L'expertise pluridisciplinaire a été conduite par des médecins spécialisés dans chaque domaine concerné, en vue d'établir une synthèse des différentes pathologies de l'expertisé, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Les experts ont personnellement examiné le recourant préalablement à l'établissement de leur rapport d'expertise, et ils ont consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assuré et résumé leurs propres constatations. Ils ont en outre énoncé les diagnostics retenus et répondu aux questions posées. Leurs conclusions sont claires et motivées.

Le recourant se limite à critiquer l'évaluation médicale de ses limitations fonctionnelles et l'absence de diminution de rendement compte tenu des restrictions admises par les experts. Dans son recours, il annonçait avoir soumis le rapport d'expertise à ses médecins afin d'obtenir des éléments médicaux complémentaires. Cependant, malgré les délais accordés, le recourant n'a produit ni écriture complémentaire, ni pièces médicales.

Si l'on reprend les rapports médicaux au dossier, on constate que les experts en ont tenu compte dans leur analyse. Ces derniers ont ainsi pris en considération les examens, les diagnostics, les symptômes et les limitations mises en avant par les médecins du recourant afin d'établir leur appréciation et l'évolution de son état de santé.

Par conséquent, il n'y a pas d'éléments permettant de remettre en cause l'expertise.

L'évaluation consensuelle des experts est conforme aux résultats auxquels chaque expert est parvenu dans son champ de spécialité. Leur avis commun est clairement motivé et apparaît probant aux yeux de la chambre de céans.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise, à savoir que le recourant est capable de travailler dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles évoquées dans l'expertise, à raison de 100% du 5 mai 2015 à fin avril 2018, puis à 50% dès mai 2018 pour des raisons pneumologiques, une incapacité totale temporaire étant retenue de juin à décembre 2021 au vu de l'opération du cancer du rein.

14.

14.1 Le recourant conteste également le calcul du degré d'invalidité, indiquant uniquement s'opposer aux revenus avec et sans invalidité sans autre développement.

14.2 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGa).

14.3 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

14.4 Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1).

La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail

d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

14.5 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

14.5.1 Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Selon la jurisprudence, l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). Le Tribunal fédéral a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle

générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En revanche, il a contesté un abattement dans le cas d'un assuré âgé de 55 ans au motif que ses excellentes qualifications personnelles, professionnelles et académiques constituaient un avantage indéniable en termes de facilité d'intégration sur le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3).

14.5.2 Un abattement sur le revenu d'invalidité n'est en principe pas appliqué pour des personnes assurées dont la dernière activité impliquait des travaux physiquement contraignants et qui, après la survenance d'une atteinte à la santé, ne peuvent exercer plus qu'un travail légèrement ou moyennement contraignant, mais sans limitation de l'horaire de travail ni baisse de rendement, parce que le salaire statistique retenu dans leur cas est tiré d'un tableau de l'ESS correspondant à un faible niveau d'exigence englobant un grand nombre de tâches légères ou moyennement lourdes et que la personne assurée n'a pas à subir de ce seul fait une diminution de son revenu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2 et références citées).

14.5.3 Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

14.5.4 Selon l'article 26bis al. 3 RAI, si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49, al. 1bis, ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique.

Au 1^{er} janvier 2024, cet article a été modifié en ce sens qu'une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. si, du fait de l'invalidité, l'assuré

ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49, al. 1bis, de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (arrêt 8C_823/2023 du 8 juillet 2024), nonobstant l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2022 de l'art. 26bis al. 3 RAI, la jurisprudence développée par le Tribunal fédéral antérieurement au 1^{er} janvier 2022 concernant les critères justifiant un abattement sur le salaire d'invalide issu des statistiques demeure applicable.

14.6 On rappellera que l'invalidité consiste en une diminution des possibilités de gain sur le marché équilibré du travail si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé et si elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276 ; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si l'assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait certes se fonder sur des possibilités de travail irréalistes, c'est-à-dire envisager une activité qui ne pourrait être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existerait pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice supposerait de la part de l'employeur des concessions irréalistes (cf. arrêts 9C_984/2008 du 4 mai 2008 consid. 6.2; I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329 ; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

14.7 Dans la décision litigieuse, l'intimé s'est basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour les revenus sans et avec invalidité.

Il ressort de la détermination du degré d'invalidité que l'intimé a calculé le salaire sans invalidité sur la base des ESS 2020 (TA1_Tirage skill level, homme, ligne 41-43, pour 41.3 heures, niveau 2, indexé à 2022, soit un salaire mensuel de CHF 6'261.- et annuel de CHF 75'529.-).

Pour rappel, le recourant était indépendant depuis peu dans la pose et la vente de fenêtres au moment de son accident en décembre 2012. Auparavant, il avait travaillé dans le domaine de la construction et n'a repris aucune activité

professionnelle par la suite. C'est donc à juste titre que l'OAI s'est appuyé sur l'ESS en prenant en compte le revenu pour le domaine de la construction.

Par ailleurs, comme rappelé ci-dessus, il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée.

Par conséquent, l'édition 2020 de l'ESS est applicable dans le cas d'espèce, puisque les tableaux de l'ESS 2022 n'ont été publiés qu'en mai 2024, soit après la décision litigieuse.

Le revenu sans invalidité a dès lors été établi conformément aux principes jurisprudentiels précités.

Pour le salaire avec invalidité, l'OAI a également eu recours aux ESS 2020 (TA1_Tirage skill level, homme, Total, pour 41.7 heures, niveau 1, indexé à 2022). Il a été tenu compte d'une capacité de travail de 50% et d'un abattement de 10%. Il en résulte un revenu annuel avec invalidité de CHF 29'686.-.

S'agissant de l'abattement, seul le taux partiel a été pris en compte conformément à l'article 26bis al. 3 RAI.

Bien que le Tribunal fédéral ait récemment retenu que la jurisprudence développée par le Tribunal fédéral antérieurement au 1^{er} janvier 2022 concernant les critères justifiant un abattement sur le salaire d'invalidité issu des statistiques demeure applicable, cela ne permet pas en l'espèce de s'écarter de l'abattement retenu par l'OAI.

En effet, les limitations fonctionnelles ont déjà été prises en compte pour fixer une capacité de travail réduite. À cela s'ajoute que le salaire statistique retenu englobe un grand nombre de tâches légères.

En ce qui concerne la prise en compte d'un abattement lié aux années de service, elle n'est pas applicable dans le cadre du choix du niveau de compétence 1 de l'ESS, l'influence de la durée de service sur le salaire étant peu importante dans cette catégorie d'emplois qui ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle spécifique (voir 8C_103/2018 précité consid. 5.2).

Quant à l'âge du recourant, il ne motive pas un abattement supplémentaire, puisque les emplois non qualifiés sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail.

En conclusion, l'abattement de 10% n'est pas critiquable.

Ainsi, après comparaison des revenus sans invalidité (CHF 75'529.-) et avec invalidité (CHF 29'686.-), la perte de gain s'élevait à CHF 45'843.-, correspondant à un taux arrondi de 61 %.

Le calcul effectué est donc conforme à la jurisprudence en la matière et doit donc être confirmé.

S'agissant de l'augmentation du taux d'invalidité au 1^{er} janvier 2024 faisant suite à la modification de l'art. 26bis al. 3 RAI, elle est en effet inférieure au 5% permettant une révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Il sera relevé que le fait que l'intimé n'ait pas indexé les revenus à 2024 ne prête pas non plus le flanc à la critique, puisque les indices topiques n'étaient pas connus au moment de son calcul et qu'ils n'impliqueraient en tout état de cause pas de modification du taux d'invalidité.

Les griefs du recourant doivent donc être rejetés.

15.

15.1 Le recourant sollicite à titre subsidiaire des mesures professionnelles sous forme de formation, ce qui est refusé par l'OAI.

15.2 D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

15.3 Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

15.4 Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation présuppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en

rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et les références), sans qu'il soit nécessaire de recourir à la procédure préalable de mise en demeure prévue par l'art. 21 al. 4 LPGA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_480/2018 du 26 novembre 2018 consid. 7.3 et les références ; 9C_59/2017 du 21 juin 2017 consid. 3.3 et les références), une telle procédure préalable n'étant requise que si une mesure de réadaptation a été commencée et qu'il est question de l'interrompre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_783/2015 du 7 avril 2016 consid. 4.8.2 et les références). L'absence de capacité subjective de l'assuré doit toutefois être établie au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.3 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

15.5 En l'espèce, il sied de relever qu'en premier lieu, le recourant, âgé de 59 ans au moment de la notification de la décision litigieuse, a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, ce qui semble en contradiction avec son souhait de travailler et sa demande de mesures professionnelles.

En outre, l'instruction du dossier a permis d'établir que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est diminuée depuis mai 2018 à 50% en raison du syndrome d'apnées du sommeil qui entraîne fatigue, fatigabilité et endormissement diurne, les limitations fonctionnelles sur le plan orthopédique notamment étant présentes depuis l'accident de 2012.

Or, comme relevé par le service de réadaptation, le recourant n'a pas exploité sa capacité de travail par le passé.

En outre, le revenu d'invalidité a été établi sur la base du salaire médian de l'ESS qui, selon la jurisprudence, recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées n'impliquant pas de formation particulière.

Le service de réadaptation a d'ailleurs précisé que des tâches simples de vérification, de contrôle ou encore d'accueil seraient notamment possibles sans que le recourant le conteste.

Par conséquent, la chambre de céans considère que le refus de mesures professionnelles est également justifié.

- 16.** Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse n'est pas critiquable et doit donc être confirmée.

Mal fondé, le recours sera donc rejeté.

La procédure n'est pas gratuite, l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit en effet qu'en dérogation à l'art. 61, let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, dont le montant doit se situer entre CHF 200.- et CHF. 1'000.-. Il y a dès lors lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Pascale HUGI

Marie-Josée COSTA

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