RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1821/2021 **ATAS/118/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 février 2022

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERSOIX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mirolub VOUTOV	recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1968, marié et père de trois enfants, a travaillé à plein temps jusqu'en 2014, comme exportateur de voitures d'occasion.

b. Le 13 juillet 2014, alors qu'il se trouvait au Liban, l'assuré a été victime d'un accident sur la voie publique qui a causé une fracture séparation-enfoncement du plateau tibial externe du genou gauche ; il a été opéré au Liban (arthrotomie sous-méniscale externe avec réduction ouverte et fixation interne au moyen d'une plaque).

c. En date du 7 septembre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), pour son atteinte au genou gauche.

d. Invités par l'OAI à compléter un rapport, les médecins de l'assuré se sont déterminés comme suit :

- le 19 septembre 2015, le docteur B_____, médecin généraliste, a retenu les diagnostics incapacitants de gonalgie gauche, de status post réduction ouverte et ostéosynthèse du plateau tibial gauche (en juillet 2014), ainsi que de status post ablation du matériel du genou gauche (en septembre 2015). Par ailleurs, il a évoqué une gastrectomie partielle et un « GIST » du fond de l'estomac, sans effet sur la capacité de travail. Le médecin a fait état de douleurs persistantes à la marche chez l'assuré, qui se déplaçait avec une canne. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail était nulle ;
- le 8 octobre 2015, le docteur C_____, chirurgien-orthopédiste, a informé l'OAI que, deux semaines après une nouvelle opération, l'assuré ne pouvait ni marcher, ni porter, ni rester assis longtemps. Il ne pouvait dès lors pas travailler « pour l'instant » ;
- le 2 février 2016, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré souffrait toujours de douleurs, qui le limitaient pour se déplacer dans des escaliers et en cas de charge. Un traitement de physiothérapie était en cours. À la question de savoir si un retour au travail était envisageable, le Dr C_____ a répondu par l'affirmative, tout en indiquant qu'il était « trop tôt pour se prononcer » ;
- invité par l'OAI à se prononcer sur l'évolution de l'atteinte et de la capacité de travail dans une profession ne sollicitant pas le genou gauche, le Dr C_____ a répondu, le 17 mars 2016, que l'état de santé était stationnaire et que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 50 % depuis « fin juin 2016 ».

e. Le 17 juin 2016, la doctoresse D_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une

expertise orthopédique, au motif qu'elle ne pouvait pas tirer de conclusions des rapports du Dr C_____, qui ne fournissaient pas les éléments nécessaires.

f. L'OAI a ordonné l'expertise précitée auprès du Centre d'expertises médicales de Nyon (ci-après : le CEMed). L'assuré a été examiné le 25 août 2016 par le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a rendu son rapport le 12 décembre 2016. L'expert a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : fracture du plateau tibial externe gauche (le 12 juillet 2014) ; syndrome douloureux régional complexe de type I (automne 2014) ; ostéosynthèse de la fracture puis ablation du matériel. La fracture du genou avait été traitée par chirurgie, puis des complications s'étaient produites (dystrophie de Südeck). L'ablation du matériel d'ostéosynthèse avait été suivie d'une infection, traitée par antibiothérapie pendant trois semaines, mais celle-ci n'avait pas beaucoup amélioré la symptomatologie douloureuse de la jambe gauche. Comme ses limitations fonctionnelles actuelles concernaient son genou gauche, l'exercice d'une activité professionnelle ne pouvait se faire qu'en position assise, dans un poste de travail accessible avec deux cannes anglaises. De la physiothérapie avait été entamée pour essayer d'améliorer la situation, mais sa durée était d'au moins six mois. La situation n'était donc pas complètement stabilisée, mais il était légitime de s'interroger sur une combinaison des mesures médicales actuelles avec une formation professionnelle. En parallèle, l'assuré avait été traité par gastrectomie partielle pour une tumeur de l'estomac et avait été opéré de la cataracte au niveau des deux yeux, pour un résultat que l'assuré qualifiait d'insatisfaisant. L'expert indiquait qu'en tant que chirurgien-orthopédiste, il ne pouvait évaluer l'incidence de ces deux dernières atteintes. S'agissant de la capacité de travail, le dossier ne contenait aucune description précise de la profession antérieure, laquelle semblait néanmoins impliquer des déplacements à pied et la position debout ; si tel était bien le cas, l'expert jugeait l'état de santé incompatible avec la profession antérieure, depuis juillet 2014. Dans une activité adaptée, il était difficile de se prononcer en l'absence d'une stabilisation sur le plan médical. Toutefois, dans une telle activité (ne sollicitant pas les genoux et permettant d'éviter les longues marches, les stations debout et les flexions-extensions répétées), rien ne s'opposait à ce que l'assuré travaille à plein temps. Actuellement, l'exercice d'une activité professionnelle pouvait donc se faire en position assise, à condition que l'assuré puisse accéder à son poste de travail avec ses cannes.

g. Par avis médical du SMR du 23 février 2017, la Dresse D_____ a relevé que selon l'expert E_____, rien ne s'opposait à ce que l'assuré exerce une activité lucrative à plein temps. Selon elle, la capacité de travail avait été nulle entre juillet 2014 et février 2016, soit jusqu'à ce que le Dr C_____ juge la situation stabilisée. Dès le 2 février 2016, date du rapport du Dr C_____, la capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée. Les deux pathologies mentionnées par l'expert – à savoir une tumeur de l'estomac traitée par gastrectomie partielle en 2014 et

l'atteinte ophtalmologique – n'influençaient pas la capacité de travail, d'après le médecin traitant de l'assuré, le Dr B_____, qu'elle avait contacté par téléphone.

h. Le 13 mars 2017, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis de décision, lui refusant l'octroi d'une rente et de mesures d'ordre professionnel.

i. Par pli du 27 mars 2017, l'assuré s'est opposé au préavis et a contesté le projet de l'OAI et notamment le refus de mesures d'ordre professionnel.

j. L'assuré a, par la suite, transmis à l'OAI diverses pièces médicales, notamment :

- un rapport d'examen électroneuromyographique établi le 6 avril 2017 par le docteur F_____, neurologue, diagnostiquant un syndrome radiculaire algique, hypodesthésique et discrètement parétique au niveau L5 gauche ;
- un rapport du 4 juillet 2017 du docteur G_____, de l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), décrivant un patient démonstratif avec ses douleurs, qui donnait l'impression de transférer toute la charge sur la jambe droite et la zone lombaire. Il apparaissait une sur-sollicitation du dos au lieu des membres inférieurs et supérieurs, qui ne présentaient pas de difficulté. À l'issue du bilan, le médecin estimait qu'il était difficile d'imaginer l'assuré dans une quelconque activité professionnelle. Un bilan complémentaire des membres inférieurs et un travail de renforcement de la ceinture abdominale au niveau des membres paraissaient toutefois opportuns ;
- un rapport du 27 juin 2017, du docteur H_____, ophtalmologue, qui exposait que si l'assuré disposait d'une bonne acuité visuelle, il se plaignait d'une sécheresse occulaire bilatérale, ce qui le gênait beaucoup dans sa vie quotidienne. L'assuré disait ressentir des brûlures, qui l'obligeaient à fermer les yeux dès qu'il devait fixer un détail. Le ressenti de cette sécheresse était subjectivement très fort et paraissait devoir être pris en compte dans le cadre d'une réorientation professionnelle.

k. À l'issue d'un entretien avec l'assuré, un collaborateur de l'OAI a rédigé un rapport de réadaptation professionnelle le 19 juillet 2017, dans lequel on pouvait lire : « […] pour [l'assuré], c'est difficile d'imaginer exercer une activité adaptée à 100 % et [il] ne conçoit pas laquelle […]. En l'état, une mesure d'orientation n'est pas pertinente, les conditions ne sont pas réunies. Pour des raisons médicales, il conteste toujours sa capacité de travail. Il ne se considère pas apte à reprendre à 100 % […] ».

l. Invitée par l'OAI à se déterminer, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport le 9 décembre 2017, faisant suite à un précédent rapport rédigé en juillet 2017. Globalement, l'état psychique de son patient était stationnaire et se caractérisait par une légère amélioration de l'anxiété – fluctuante – mais avec des pics paroxystiques sévères récurrents, malgré un changement d'antidépresseur et une augmentation du traitement psychotrope. Le

discours de l'assuré était centré sur ses problèmes de santé et ses problèmes familiaux. La symptomatologie dépressive était modérée à sévère (caractérisée par une tristesse modérée, une irritabilité, une aboulie, une forte diminution de l'estime de soi, un isolement social etc.). Elle évaluait la capacité de travail à 50 % dans toute activité, depuis le mois de mai 2017, c'est-à-dire depuis le début du suivi psychiatrique de l'assuré.

m. L'OAI a ordonné une seconde expertise auprès du docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport daté du 25 octobre 2018 et contresigné par Madame K_____, psychologue, l'expert n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Il a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles dépressifs moyens avec syndrome somatique et légers depuis 2017, ainsi que des traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse, actuellement non décompensés. S'agissant du degré de gravité fonctionnelle, l'expert relevait que les limitations fonctionnelles – une légère tristesse, une intolérance au stress, une fatigue (subjective) sans ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration (subjectifs) et un isolement social seulement partiel – n'étaient pas significatives, de sorte que cet indicateur était partiellement absent. S'agissant du succès du traitement, l'état de santé, caractérisé par des troubles dépressifs moyens, puis légers, était stationnaire, malgré un traitement psychiatrique mensuel. L'adhésion thérapeutique au traitement médicamenteux était partielle et la motivation de l'assuré pour une réadaptation professionnelle, faible. Sous l'angle de la personnalité, il existait des traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse, ponctuellement décompensés, dans le contexte d'un trouble dépressif moyen (avec syndrome somatique), puis léger. Ces traits de la personnalité n'avaient toutefois pas empêché l'assuré de gérer son quotidien et de conduire sa voiture. S'agissant du contexte social, il n'y avait pas d'isolement total et l'assuré parvenait, au contraire, à garder de bonnes relations avec les membres de sa famille et quelques amis, qu'il fréquentait ponctuellement. Sa vie sociale avait néanmoins diminué dès 2017, lorsqu'étaient apparus les troubles dépressifs moyens, puis légers. S'agissant de la cohérence, les plaintes subjectives correspondaient aux constatations de l'expert ; le décalage avec la fatigue déplorée par l'assuré et sa faible motivation pour une reprise d'activité professionnelle s'inscrivaient dans un contexte de traits de la personnalité mixte, émotionnellement labile et anxieuse, avec des bénéfices primaires et secondaires. Depuis 2017, aucune limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie n'était constatée, car l'assuré avait gardé des capacités et des ressources personnelles, parvenant, entre autres, à gérer son quotidien sans difficulté, à avoir certains contacts sociaux, à faire des promenades et à conduire sa voiture. L'expert a conclu qu'au regard de la jurisprudence, les « indices de gravité » n'étaient pas remplis pour les troubles dépressifs modérés, puis légers dont avait souffert l'assuré. La capacité de travail était de 100 % depuis 2017, y compris dans l'activité professionnelle antérieure, qui était adaptée. S'agissant du traitement, l'expert recommandait la poursuite de la psychothérapie,

la prise du traitement antidépresseur et un monitoring sanguin en cas de mauvaise évolution. Il convenait de réévaluer l'état de santé dans une année, à la suite d'une amélioration de la prise en charge pharmacologique et d'une aide à la réinsertion professionnelle. L'expert précisait cependant que l'évolution d'un nodule pulmonaire – en cours de surveillance – et l'issue de l'intervention cardiaque du fils de l'assuré, étaient des éléments susceptibles d'influencer l'état de santé de l'intéressé.

n. Par rapport médical du 12 novembre 2018, la doctoresse L_____ du SMR, s'est ralliée aux conclusions de l'expert psychiatre et a confirmé les conclusions antérieures du SMR, à savoir que l'assuré disposait d'une capacité de travail nulle dès le 12 juillet 2014, puis entière, dès le 2 février 2016, dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles découlant de son atteinte au genou.

B. **a.** Par décision du 1er mars 2019, l'OAI a confirmé son préavis du 13 mars 2017 et a refusé d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel. Selon le SMR, sa capacité de travail était nulle, depuis juillet 2014, dans son activité habituelle, mais entière, depuis février 2016, dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. À l'issue du délai de carence d'un an, au 1er juillet 2015, le degré d'invalidité était de 100 %. Toutefois, au vu de la date du dépôt de la demande, le droit à la rente ne pouvait naître avant le 1er mars 2016 et à cette date, son degré d'invalidité était nul, eu égard à la pleine capacité de travail qu'il avait recouvré dans une activité adaptée. Compte tenu de son degré d'invalidité, l'assuré ne pouvait prétendre ni à une rente, ni à des mesures d'ordre professionnel.

b. Par acte du 1er avril 2019, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS ou la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 7 septembre 2015, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. À titre préalable, il a requis son audition et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

Le SMR l'avait jugé pleinement capable de travailler depuis février 2016 en se fondant sur deux expertises, l'une psychiatrique et l'autre orthopédique, émanant respectivement du Dr J_____ et du Dr E_____, mais il souffrait également d'affections à la colonne vertébrale, à l'estomac et aux yeux, de sorte que les deux expertises diligentées à ce stade ne suffisaient pas à déterminer sa capacité de gain et son droit à la rente. En outre, l'expertise orthopédique, datée du 14 novembre 2016, ne se prononçait que sur sa capacité de travail d'alors et non sur sa capacité de travail future. Sous l'angle psychique, la Dresse I_____ avait estimé la capacité de travail à 50 % depuis mai 2017, ce dont on pouvait déduire a contrario qu'elle était antérieurement nulle. De son côté, l'expert J_____ n'avait pas précisé depuis quand une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100 %, de sorte que l'expertise était incomplète sur ce point. Pour sa part, le Dr G_____ avait

conclu qu'il ne pouvait exercer une quelconque activité professionnelle. Quant au Dr E_____, il n'avait pas pu se prononcer sur l'influence du traitement qu'il avait subi pour sa tumeur de l'estomac. En définitive, l'OAI avait omis de prendre en considération les avis subséquents de ses médecins traitants et s'était limité à diligenter des expertises orthopédique et psychiatrique, sans tenir compte de ses autres problèmes de santé. Aussi ne pouvait-il raisonnablement conclure à une capacité résiduelle de travail de 100 % dès le mois de février 2016. L'assuré a notamment joint à son recours :

- divers certificats d'arrêt de travail signés par la Dresse I_____, renouvelés de mois en mois depuis mai 2017 ;
- divers certificats d'arrêt de travail prescrits par le Dr G_____, couvrant la période de janvier 2017 à juin 2018 ;
- divers certificats d'arrêt de travail signés par le Dr C_____, couvrant la période d'octobre 2015 à février 2016 ;
- un rapport établi par le Dr B_____ le 7 avril 2017, attestant que l'assuré marchait toujours avec une canne et souffrait toujours de douleurs liées à une gonarthrose gauche ainsi qu'à une lombosciatalgie gauche avec atteinte sensitivo-moteur L5. La mise en place d'une prothèse avait été déconseillée par les orthopédistes, tout comme une opération de décompression de L5, vu la chronicité des douleurs ;
- un bilan d'IRM de la colonne lombosacrée, daté du 30 janvier 2019, au terme duquel le docteur M_____, radiologue, avait conclu à une discopathie dégénérative modérée (D10-D11 ; D11-D12 et D12-L1), avec des protrusions disco-ostéophytaires postérieures, ainsi qu'à une arthrose interapophysaire postérieure bilatérale (L4-L5).

La procédure devant la chambre de céans a été ouverte sous numéro de cause A/1338/2019 (ci-après : la procédure de 2019).

c. Par réponse du 2 mai 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il ne ressortait du dossier aucune affection de la colonne vertébrale, de l'estomac ou des yeux qui n'aurait déjà été prise en considération par l'office et serait susceptible d'influencer la capacité de travail. En effet, le SMR avait tenu compte des atteintes invoquées par le recourant dans deux avis datés des 23 février 2017 et 12 novembre 2018. S'agissant du grief selon lequel l'expertise orthopédique du 14 novembre 2016 ne se prononçait pas sur la capacité de travail future, l'intimé estimait que l'écoulement du temps jusqu'au prononcé d'une décision ne permettait pas, en soi, de remettre en cause la valeur probante d'un avis médical jugé convaincant. En outre, il n'avait pas été mis en évidence d'aggravation objective de l'état de santé postérieurement à l'expertise orthopédique, de sorte que l'office était fondé à se rallier aux conclusions de l'expert. Sous l'angle psychiatrique, l'expert J_____ n'avait retenu aucun diagnostic incapacitant et avait expliqué pourquoi il s'était écarté de l'avis du psychiatre traitant. À l'aune des indicateurs topiques, il n'existait

pas de limitation uniforme dans toutes les activités de la vie quotidienne, puisque le recourant avait gardé de bonnes capacités et ressources personnelles. Pour le reste, la situation médicale avait été investiguée de manière exhaustive et des mesures d'instruction complémentaires s'avéraient superflues.

d. Le recourant a répliqué le 17 juin 2019, persistant dans ses conclusions. L'intimé soutenait à tort qu'il n'existait pas d'autre affection propre à influencer la capacité de travail que celles qu'il avait déjà retenues. Or, la Dresse I_____ avait conclu, au plan psychique, à une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée. De son côté, le Dr G_____ avait conclu qu'il ne pouvait effectuer une quelconque activité professionnelle. Enfin, de nouveaux certificats médicaux annexés à ses écritures faisaient état d'une totale incapacité de travail. Contrairement à ce que prétendait l'OAI, les expertises ne tenaient pas compte de son état psychique actuel, lequel s'était péjoré depuis qu'elles avaient été rendues. Le recourant a notamment joint à sa réplique :

- divers certificats d'arrêt de travail prescrits par le Dr B_____, renouvelés de mois en mois depuis août 2018 ;
- un bilan d'échographie inguinale bilatérale rédigé le 24 avril 2019 par le docteur N_____, radiologue, faisant état d'une « protrusion herniaire inguinale directe assez importante, avec un collet d'environ 3cm » ;
- un rapport de consultation établi le 11 juin 2019 par le Dr M_____, en lien avec une arthrose inter-apophysaire postérieure gauche (L4-L5 et L5-S1) et une sciatalgie gauche (L5).

e. L'intimé a dupliqué le 4 juillet 2019. Les certificats d'arrêt de travail produits par le recourant, dénués d'explication, n'étaient pas probants et ne justifiaient donc pas une totale incapacité de travail. En outre, la décision litigieuse avait été rendue le 1er mars 2019 et seule la situation antérieure à cette date était déterminante pour le juge, conformément à la jurisprudence. L'éventuelle aggravation de l'état de santé liée à une hernie inguinale devait faire l'objet d'une procédure distincte.

L'intimé a joint à sa duplique un nouvel avis médical du SMR : il y était relevé, d'une part, que les lombosciatalgies évoquées par le Dr M_____ dans son rapport du 11 juin 2019 étaient déjà connues et avaient été jugées non incapacitantes par le SMR, d'autre part, que la hernie inguinale mentionnée dans le rapport du Dr N_____ du 24 avril 2019 ne remettait pas non plus en question les conclusions du SMR. En effet, cette atteinte avait été diagnostiquée postérieurement à la décision attaquée et pouvait être traitée par une intervention chirurgicale. En conséquence, le SMR maintenait ses conclusions.

f. Les parties ont été entendues en audience le 6 février 2020.

Le recourant a déclaré qu'à la suite de son accident de scooter, en juillet 2014, il ne travaillait plus et marchait avec deux cannes. Depuis 2017, il consultait un psychiatre une fois par mois et prenait des antidépresseurs (20 mg par jour).

S'agissant de sa tumeur de l'estomac, elle était antérieure à l'accident, puisqu'elle avait été découverte en mars 2014 et opérée en septembre 2014 ; actuellement, il n'y avait pas de récidive. S'agissant de ses yeux, il avait été opéré de la cataracte 2 à 3 ans auparavant, ensuite de quoi il avait subi quelques troubles de la vision et avait été réopéré une année plus tard. Sa cornée était désormais plus sensible et devait être régulièrement hydratée. Il consultait un ophtalmologue une fois par année et pour sa tumeur de l'estomac, il faisait une fois par année des examens par endoscopie.

S'il demandait une expertise, c'était surtout en raison de son dos – à cause d'une discopathie – et de son genou, car il avait été constaté qu'une arthrose commençait à se développer. Par ailleurs, son neurologue et son neurochirugien lui avaient conseillé de supporter les douleurs avant de faire une opération. Il devait donc supporter chaque jour ses douleurs et évitait de prendre des antalgiques, lesquels étaient susceptibles d'aggraver ses problèmes d'estomac. En 2019, il avait subi quatre injections de cortisone, mais sans obtenir de résultat probant. Les ultrasons n'avaient pas non plus soulagé ses douleurs.

À la question de savoir ce qu'il faisait de ses journées, le recourant répondait qu'il ne faisait rien, qu'il restait devant la télévision et effectuait de temps en temps des courses avec son épouse. Il avait envie de travailler et si une activité adaptée lui était proposée, il serait disposé à l'accepter. Toutefois, il ne se sentait bien que couché et les stations debout comme assise le faisaient souffrir. Il ne conduisait son véhicule que sur de petits trajets.

Le recourant a indiqué qu'à l'époque où il avait rencontré les représentants de l'OAI et de l'Hospice général, en 2017, il était au plus bas, souffrait et marchait avec des béquilles. À ce moment-là, il ne s'imaginait pas reprendre un travail. Actuellement, il était disposé à travailler, mais ne voyait pas dans quelle fonction, eu égard à ses problèmes de santé.

Le mandataire du recourant a suggéré la mise en œuvre d'une expertise pour le dos, le genou et le tibia de son client, relevant que de nouveaux éléments justifiaient à son sens une nouvelle expertise.

De son côté, la représentante de l'intimé a fait valoir que ces troubles avaient déjà fait l'objet d'expertises, que le dossier était en état d'être jugé et que l'office demandait la confirmation de sa décision. Par ailleurs, le recourant avait déposé une demande de rente et non de réadaptation.

g. Le mandataire du recourant a produit en audience un nouveau bordereau de pièces, comprenant notamment :

- un rapport rédigé le 14 novembre 2019 par le docteur O_____, neurochirurgien, suggérant une intervention chirurgicale (foraminotomie L4-L5 avec distraction interépineuse) ;

- un compte-rendu opératoire émanant du docteur P_____, dont il ressortait que l'assuré avait été opéré, le 28 janvier 2020, d'une hernie inguinale gauche.

h. Par arrêt du 25 juin 2020 (ATAS/520/2020), la chambre de céans a considéré que s'agissant des éventuelles troubles psychiques, l'expertise du Dr J_____ présentait une valeur probante et ses conclusions selon lesquelles la capacité de travail de l'assuré n'était pas diminuée sur le plan psychique pouvaient être suivies. Sur le plan somatique, postérieurement à l'expertise du Dr E_____, l'état de santé somatique de l'assuré pouvait s'être aggravé, dès lors que des troubles lombaires semblaient s'être ajoutés aux problèmes du genou gauche ; le dossier ne permettant toutefois pas en l'état de se prononcer sur ce point. En revanche, il n'était pas nécessaire d'instruire de manière complémentaire les atteintes dont se prévalait l'assuré au niveau de l'estomac et des yeux, puisque son propre médecin généraliste, le Dr B_____, avait conclu qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail.

Forte de ce constat, la chambre de céans a renvoyé le dossier à l'intimé afin qu'il complète l'instruction par une expertise orthopédique, au sujet de l'évolution de l'état de santé de l'assuré et de sa capacité de travail postérieurement au 25 août 2016, date de l'expertise du Dr E_____, notamment en ce qui concernait les atteintes dorsales.

i. Par courrier du 25 septembre 2020, l'OAI a informé le conseil de l'assuré qu'il comptait mandater le docteur Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, auprès du Centre d'expertises médicales R_____ SA, à Neuchâtel, afin de lui confier le soin de réaliser une expertise orthopédique de l'assuré. Ce dernier a eu la possibilité de compléter les questions figurant dans le mandat et le Dr Q_____ a rendu son rapport d'expertise le 21 janvier 2021.

L'assuré avait fait l'objet d'un examen, en date du 2 décembre 2020, de 11h55 à 13h00. L'expert avait effectué une anamnèse de l'assuré et avait noté que l'assuré ne suivait aucun traitement et que sa physiothérapie pour les douleurs lombaires avait été arrêtée en mars 2020. Il ne faisait aucun exercice de gymnastique à la maison ni d'exercices de renforcement musculaire des quadriceps car cela provoquait chez lui des douleurs. Selon ses dires, c'étaient ses douleurs qui empêchaient l'assuré d'avoir une activité lucrative et celui-ci avait pris l'habitude de ne rien faire de sa journée, étant précisé que, toujours selon ses dires, c'étaient son épouse et ses enfants (âgés de 10 ans, 14 ans et 16 ans) qui s'occupaient des travaux courant du ménage. Invité à décrire une journée-type, l'assuré déclarait se lever vers 6h00 – 6h30 et se coucher vers 0h00 – 1h00. Il ne prenait pas de déjeuner mais mangeait normalement à midi et léger le soir. Pendant la journée, l'assuré déclarait ne rien faire et restait allongé sur son canapé sans sortir de la maison. Il n'avait aucun loisir ni hobby et ne réalisait aucune activité liée à l'entretien du foyer, telle que les courses, la confection des repas ou les tâches de la vie quotidienne. Il prenait sa voiture pour de courtes distances et avait pris ses

dernières vacances en été 2019, au Liban. Interrogé sur sa perception de l'avenir, l'assuré déclarait vouloir bénéficier d'une aide au placement, car personne ne l'avait aidé à retrouver une activité professionnelle.

À l'examen clinique, l'assuré se déplaçait avec deux cannes. Lorsqu'il marchait sans les cannes on notait un déroulement du genou gauche, même en extension. La mobilité du rachis cervical était libre dans tous les plans et indolore, une sensibilité lombaire, masse basse, était constatée au niveau du rachis dorso-lombaire. Le genou gauche était déclaré sensible à la palpation mais il n'y avait pas de chaleur et le genou était sec et stable dans tous les plans.

L'expert posait comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail une douleur persistante du genou gauche avec status après ostéosynthèse d'une fracture du plateau tibial externe du genou gauche le 13 juillet 2014, compliquée d'un syndrome douloureux régional complexe (CRPS) ainsi que d'un status après ablation de matériel d'ostéosynthèse (AMO) en novembre 2015, compliquée d'une infection postopératoire. L'expert constatait également une lombalgie basse sur troubles dégénératifs étagés lombaires avec possible lésion iatrogène de la musculature paravertébrale lombaire gauche, lors des traitements d'antalgie. Au niveau de la cohérence et de la plausibilité, l'expert relevait qu'il était peu compréhensible que depuis 2014, l'assuré se déplace avec une paire de cannes anglaises, car les radiographies et les IRM lombaires n'avaient pas mis en évidence d'arthrose du genou qui aurait nécessité la mise en place d'une prothèse. L'examen du genou gauche ne mettait pas en évidence d'éléments cliniques nécessitant l'utilisation des cannes anglaises et les lésions dégénératives du rachis lombaire n'objectivaient pas non plus l'utilisation des cannes. Dans l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés, l'expert posait les limitations fonctionnelles suivantes concernant les troubles du genou gauche qui étaient identiques à celles proposées lors de l'expertise précédente soit, pas de marche longue dépassant 30 minutes, pas de position statique debout pour la même durée, pas d'accroupissement, pas d'escalier, pas d'échelle, pas d'échafaudage. Concernant les troubles du rachis lombaire, l'activité devait se faire en position assise, en permettant des alternances de position. L'activité devait éviter les positions de flexion extrême en porte-à-faux du rachis. Le port de charges asymétriques et le port de charges devaient être inférieurs à 15 kg. Appelé à se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici, soit celle de vendeur de voitures d'occasion devant essayer régulièrement les véhicules, l'expert estimait que la capacité de travail était de 0 % et ce depuis la date de l'accident, en raison de la fracture du plateau tibial. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 %, sans réduction, avec un temps de présence maximal possible de 8h30 par jour et ce depuis le 25 août 2016, date de l'expertise orthopédique du Dr E_____. L'aggravation de l'état de santé de l'assuré, en raison d'une lombalgie se déclarant trois mois après l'expertise du Dr E_____, restreignait le profil d'effort, mais elle n'avait pas d'incidence sur la

capacité de travail dans une activité qui respectait ce profil. S'agissant du pronostic, l'expert considérait qu'il ne devait pas y avoir de changement de la capacité de travail qui devait se maintenir à 100 %.

Dans son rapport médical du 18 février 2021, la Dresse L_____ a récapitulé l'ensemble du dossier, depuis la première demande de prestations invalidité du 11 septembre 2015, puis s'est prononcée sur l'expertise du Dr Q_____, la considérant comme convaincante et recommandant de suivre ses conclusions, soit une capacité de travail de 100 % exigible dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du genou gauche et du rachis lombaire. La date de réadaptation à retenir était le mois de février 2016.

C. **a.** Par projet de décision du 26 février 2021, l'OAI a refusé les mesures professionnelles et la rente d'invalidité. Le statut d'assuré retenu était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. L'OAI reconnaissait une incapacité de travail entière dans l'activité habituelle depuis juillet 2014 (début du délai d'attente d'un an) et dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré, l'OAI considérait que sa capacité de travail était de 100 % depuis février 2016. Dès lors que la demande de prestations avait été déposée le 11 septembre 2015, le droit à la rente naissait, au plus tôt, six mois après le dépôt de la demande soit au mois de mars 2016. En se fondant sur la méthode de comparaison des revenus, l'OAI considérait que le revenu sans invalidité de l'assuré était de CHF 36'359.- et son revenu avec invalidité était de CHF 66'633.-. Il en résultait un montant négatif de CHF 30'274.- ce qui correspondait à une perte de gain nulle et donc à un degré d'invalidité de 0 %. Partant, le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité n'était pas reconnu.

b. Par courrier du 16 avril 2021, le conseil de l'assuré s'est opposé au projet de décision au vu des nombreux problèmes de santé dont souffrait son mandant.

c. Par décision du 22 avril 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision, en reprenant sa motivation.

D. **a.** Par acte posté le 25 mai 2021, le conseil de l'assuré a interjeté recours contre la décision du 22 avril 2021 et a conclu à son annulation et à ce qu'une rente d'invalidité totale ou partielle soit octroyée au recourant, à partir du 7 décembre 2015. Subsidiairement, il était demandé l'octroi de mesures de réadaptation d'ordre professionnel au recourant et plus subsidiairement encore d'ordonner à l'OAI de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, à la fois orthopédique et psychiatrique.

b. Par réponse du 23 juin 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a rappelé que l'expertise orthopédique avait été effectuée suite et conformément à l'arrêt de la chambre de céans du 25 juin 2020, que ladite expertise orthopédique, effectuée le 2 décembre 2020, remplissait tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante et qu'il en ressortait, notamment, qu'il n'y avait pas eu d'aggravation de l'état de santé du recourant ayant une influence sur

sa capacité de travail, depuis l'expertise effectuée par le Dr E_____ en date du 25 août 2016. Le recourant se contentait de contester l'appréciation de la capacité de travail retenue par l'OAI sans mettre toutefois en évidence d'importantes contradictions au niveau des diagnostics ou des observations cliniques.

c. Le conseil de l'assuré a, par la suite, demandé à trois reprises une prolongation du délai qui lui avait été octroyé pour répliquer. Il a finalement communiqué sa réplique en date du 1er octobre 2021, reprenant les conclusions de son recours au motif, notamment, que les douleurs au niveau du genou gauche, atteignant la hanche gauche et parfois la cheville gauche, constatées déjà le 12 novembre 2016, étaient toujours d'actualité et que malgré l'existence de limitations fonctionnelles que le recourant qualifiait de problèmes physiques graves, le dernier expert avait retenu une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. S'y ajoutaient les problèmes de sécheresse oculaire bilatérale, attestés par le médecin traitant H_____, ainsi que les problèmes psychiatriques, attestés par la médecin traitante I_____. Compte tenu de ces éléments, le recourant considérait qu'il ressortait des éléments du dossier, à l'exception de la dernière expertise orthopédique, qu'en l'état sa capacité de travail ne dépassait en aucun cas 50 %. Il demandait également à être entendu par la chambre de céans et joignait, en annexe, un chargé complémentaire contenant des pièces médicales.

d. Par duplique du 25 octobre 2021, l'OAI a considéré que l'argument selon lequel le recourant ne bénéficiait que d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, en raison de ses limitations fonctionnelles, était erroné et que l'expertise du Dr Q_____ remplissait tous les réquisits jurisprudentiels et devait se reconnaître une pleine valeur probante. Les limitations fonctionnelles du recourant, soit l'épargne du genou gauche et du rachis lombaire, ne le mettaient pas dans une impossibilité de travailler à temps plein, sans baisse de rendement, dans une activité légère. Par conséquent, c'était à juste titre que l'OAI avait conclu à une exigibilité de 100 % dans une activité adaptée. Était joint à la duplique un avis médical du SMR, daté du 21 octobre 2021, dans lequel la Dresse L_____ prenait position sur les nouvelles pièces médicales qui avaient été jointes à la réplique. Elle rappelait que la plupart des certificats d'incapacité de travail qui allaient de 2014 à 2019 étaient déjà connus des divers experts, qui en avaient tenu compte. Le rapport médical du 7 avril 2017 du Dr B_____ se référait à des atteintes sur lesquelles l'expert orthopédique s'était déjà prononcé. Il en était de même du rapport d'IRM lombo-sacrée du 30 janvier 2019 qui était cité dans l'expertise du 21 janvier 2021. Le rapport médical du 27 juin 2017 du Dr H_____ faisait état d'une sécheresse oculaire bilatérale subjective qui n'était toutefois pas démontrée par un test tel que le test de Schirmer, qui permettait d'objectiver la sécheresse oculaire, pas plus qu'il n'était mentionné un diagnostic de maladie systémique associée. Enfin, ledit certificat ne décrivait aucune limitation ou incapacité de travail. Compte tenu de ces éléments, l'appréciation médicale du cas n'avait pas lieu d'être modifiée.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA).

3. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

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

5. Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA - E 5 10]).

6. Le litige porte sur la question du bien-fondé de la décision sur opposition du 22 avril 2021 refusant à l'assuré tout droit à des prestations invalidité.

7. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

8. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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).

9. 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité

ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 ; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

10.

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

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

10.3 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la

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

10.4 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

11.

11.1 Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique.

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

11.3 Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

11.4 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 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

12. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

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

14.

14.1 En l'espèce, la décision querellée du 22 avril 2021 est fondée sur l'expertise orthopédique réalisée par le Dr Q_____ en date du 21 janvier 2021, qui retient que la capacité de travail de l'assuré est nulle, depuis juillet 2014, dans sa profession antérieure d'exportateur de voitures, mais entière, depuis février 2016, dans toute activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Il convient de rappeler que le recourant a déposé sa demande de prestations AI en septembre 2015. Au 1er mars 2016, soit six mois après le dépôt de sa demande (art. 29 al. 1 LAI), son degré d'invalidité était considéré comme nul, dans une activité adaptée, partant insuffisant pour permettre l'octroi d'une rente d'invalidité ou de mesures d'ordre professionnel.

Le recourant reproche à l'intimé de s'être fondé, à tort, sur les conclusions de l'expertise du Dr Q_____ pour retenir une capacité de travail totale dans une activité adaptée alors que le recourant ne disposerait, au mieux, que d'une capacité de travail de 50 %.

La chambre de céans constate que suite au renvoi de la cause par arrêt du 25 juin 2020, l'OAI a complété l'instruction en ordonnant une expertise orthopédique. L'expertise du Dr Q_____ est fondée sur une anamnèse complète, effectuée en connaissance du dossier médical, sur les indications subjectives de l'assuré, les observations cliniques, ainsi qu'une discussion détaillée. Elle prend en compte les douleurs dorsales invoquées par l'assuré dans le cadre de la précédente procédure de 2019. En outre, ses conclusions sont motivées, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante.

C'est le lieu de rappeler que pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3).

Le recourant allègue que les conclusions de l'expert seraient infirmées par plusieurs éléments, qui seront examinés ci-après.

14.2 Dans un premier grief, le recourant considère que les conclusions de l'expert se heurtent à l'appréciation du Dr H_____ selon laquelle le ressenti de la sécheresse oculaire bilatérale empêcherait l'assuré de travailler 8h30 par jour et de se concentrer.

Il convient de rappeler que cet argument avait déjà été invoqué dans la précédente procédure ayant abouti à l'arrêt du 25 juin 2020. Les juges avaient alors constaté que même le médecin traitant de l'assuré, à l'époque le Dr B_____, généraliste, avait estimé que ni les troubles de l'estomac, ni les troubles oculaires ne diminuaient la capacité de travail du recourant.

Ce dernier produit le même certificat médical du Dr H_____, daté du 27 juin 2017, qui a déjà été examiné dans la procédure de 2019. Or, comme le relève l'intimé, ledit certificat ne se fonde que sur le ressenti du recourant, sans aucun élément objectif à l'appui et sans indiquer en quoi la capacité de travail serait diminuée. Partant, il ne saurait être retenu pour infirmer les conclusions de l'expert Q_____.

14.3 Dans un deuxième grief, le recourant rappelle qu'il souffre d'une dépression alors même que ce grief a également déjà été examiné dans les considérants de l'arrêt du 25 juin 2020 avec la conclusion qu'au regard de la valeur probante de l'expertise du Dr J_____, une incapacité de travail pour des causes psychiques ne pouvait être retenue. Là encore, le recourant ne soumet aucune pièce nouvelle permettant de rendre vraisemblable une éventuelle aggravation de ses troubles psychiques, se contentant de transmettre les certificats d'incapacité de travail signés par la dresse I_____, déjà produits dans la procédure de 2019 et ne remettant aucunement en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise psychiatrique du 25 octobre 2018 diligentée par le Dr J_____.

14.4 Enfin, le recourant considère qu'il ne pourrait pas travailler 8h30 par jour, en raison des limitations fonctionnelles mentionnées dans l'expertise du Dr Q_____. Ce faisant, il confond le temps de travail et les limitations devant être respectées dans le cadre de l'activité adaptée, cette dernière pouvant fort bien être sédentaire et éviter l'utilisation d'escaliers, d'échafaudages et une marche plus de 30 minutes.

Le recourant se livre ainsi à une simple appréciation divergente de sa capacité de travail, fondée sur les appréciations de ses médecins traitants déjà examinées dans le cadre de la procédure de 2019 et sans faire état d'un quelconque élément objectif qui pourrait avoir été ignoré par l'expert Q_____.

Compte tenu de ce qui précède et au vu de la valeur probante de l'expertise du Dr Q_____, les griefs du recourant doivent être écartés, étant rappelé qu'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).

15. En ce qui concerne la conclusion subsidiaire du recourant visant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, le recourant n'en développe ni la nécessité, ni les contours, dans ses écritures.

15.1 Selon l'art. 8 al. 1er 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. 1bis LAI). 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).

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 suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid 3.2 et les références).

15.2 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).

15.3 Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références ; ATF 124 V 108 consid. 3a).

15.4 Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit : à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) ; à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b).

Selon la jurisprudence, les raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 consid. 6a). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c in VSI 2003 p. 274 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2010 du 9 août 2011 consid. 2.2).

15.5 Il faut également relever que si une perte de gain de 20 % environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010). Et même en matière de reclassement, ce taux ne constitue pas une limite absolue. Selon les circonstances du cas particulier, une invalidité légèrement inférieure à 20 % peut ouvrir le droit à une mesure de reclassement (arrêt du Tribunal fédéral I 665/99 du 18 octobre 2000 consid. 4b).

En outre, en présence d'un assuré en début de carrière professionnelle et pour lequel les activités adaptées envisagées (sans mesure de réadaptation) relèvent de travaux ne requérant pas de formation ou connaissances particulières, le droit aux mesures de reclassement dans une nouvelle profession ne saurait être subordonné à la limite des 20 %. En effet, l'équivalence approximative des possibilités de gain offertes par l'ancienne activité et par la nouvelle ne saurait être réalisée à long terme que si les deux formations ont, elles aussi, une valeur approximativement comparable (ATF 124 V 108 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_704/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.1 et les références). Or, selon l'expérience générale de la vie, l'évolution des salaires des personnes avec ou sans formation professionnelle n'est pas la même. L'expérience montre en particulier que dans un grand nombre de catégories professionnelles, le salaire initial des personnes ayant terminé leur apprentissage n'est pas supérieur, ou ne l'est pas de manière significative, aux rémunérations offertes sur le marché du travail pour des activités n'impliquant pas de formation particulière, tandis qu'il progresse d'autant plus rapidement par la suite (ATF 124 V 108 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_262/2016 du 30 août 2016 consid. 5.2).

16. Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, comme c'est le cas en l'espèce, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi pour obtenir des mesures de réadaptation professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, in VSI 2003 p. 274), principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurait valable également après l'entrée en vigueur de la 4ème et de la 5ème révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 5.2).

On ne voit pas en quoi le recourant serait entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé, dans la faculté de rechercher un emploi. Étant encore précisé que le salaire statistique retenu par l'OAI, dans le cadre d'un revenu avec invalidité, correspond à des activités simples, ne demandant pas de connaissances particulières et pouvant être exercées en tenant compte des limitations fonctionnelles du recourant.

S'y ajoute le fait qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009) et qu'il faut démontrer une perte de gain de 20 % environ pour se voir ouvrir, en principe, une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), perte de gain que le recourant ne subit pas dans le cas d'espèce, comme cela est démontré infra.

17. S'agissant de la conclusion visant à l'audition du recourant, par appréciation anticipée des preuves et compte tenu du caractère exhaustif du dossier, la chambre de céans considère qu'il n'est pas nécessaire d'y procéder, étant précisé que le recourant a déjà été entendu dans le cadre de la procédure de 2019.

18.

18.1 En ce qui concerne la comparaison des revenus à laquelle se livre l'OAI, l'intimé retient un statut de personne travaillant à 100 %, ce qui ne prête pas le flanc à la critique et un revenu sans invalidité de CHF 36'359.-, qui est établi sur la base des avis de taxation de l'administration fiscale cantonale, pour les années d'imposition 2011 à 2013 qui mentionnent un salaire brut annuel de CHF 36'000.-, ledit salaire étant actualisé pour l'année 2015.

18.2 En ce qui concerne le revenu avec invalidité, par CHF 66'633.- et à défaut d'indication plus précise, il est vraisemblable que l'intimé l'a établi en se fondant sur la statistique des salaires bruts standardisés (tableau TA1 skill level de l'ESS) comme il l'avait fait, dans le cadre de son projet de décision du 1er mars 2019 (procédure de 2019) aboutissant à un montant identique de CHF 66'633.-, ce qui permet d'envisager que ledit salaire statistique retenu en 2019 n'a pas été actualisé dans l'intervalle par l'OAI. Aucune indication ne figure dans la décision querellée, pour la prise en compte d'un éventuel abattement. La chambre de céans

considère qu'un taux d'abattement de 10 % devrait être retenu *in casu* en raison des limitations fonctionnelles du recourant ; il convient de relever qu'il s'agissait du taux retenu dans le projet de décision du 1er mars 2019, qui aboutissait ainsi à un revenu avec invalidité de CHF 59'969.- après abattement de 10 %. En appliquant ce même taux d'abattement de 10 % au revenu statistique avec invalidité de CHF 66'633.-, on parvient ainsi à un montant après abattement de CHF 59'969.-. En comparant le revenu avant invalidité de CHF 36'359.- au revenu (statistique) avec invalidité de CHF 66'633.-, il en résulte une perte de gain nulle et un degré d'invalidité de 0 %.

18.3 Dans le cas d'espèce on pourrait, certes, s'interroger sur l'opportunité de retenir un salaire sans invalidité de CHF 36'359.-, qui semble inférieur aux normes de salaire, s'agissant d'une activité à plein temps ; néanmoins, même en remplaçant ledit salaire par le salaire statistique, il n'en resterait pas moins que la perte de gain serait alors équivalente au taux d'abattement appliqué, soit 10 %, équivalent à un degré d'invalidité de 10 %, ce qui ne changerait rien à la décision querellée.

C'est donc à bon droit que l'intimé a nié au recourant tout droit à des prestations invalidité.

19. Compte tenu de l'ensemble des éléments mentionnés supra, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

20. Le recourant plaidant au bénéfice de l'assistance juridique, il est renoncé à percevoir l'émolument de justice prévu à l'art. 69 al. 1bis LAI (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument.
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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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