

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1847/2025  
A/1850/2025

ATAS/176/2026

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 6 mars 2026**

**Chambre 9**

En la cause

A \_\_\_\_\_  
représenté par Me Laurence MIZRAHI, avocate

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, présidente; Andres PEREZ, Michael RUDERMANN,  
juges assesseurs**

---

## EN FAIT

- A.**
- a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1968, a un fils né en 2010 de son union avec B\_\_\_\_\_. Le couple s'est séparé en 2013 et a divorcé en juin 2022. L'assuré s'est remarié en 2023.
  - b.** Il a travaillé en qualité d'installateur électricien à 100% pour l'entreprise C\_\_\_\_\_ SA dès 2015.
  - c.** Il a subi un premier accident le 2 mars 2017, lors duquel il a glissé sur des tuyaux sur un chantier. Cet accident a entraîné une entorse de la cheville gauche avec fissuration longitudinale de trois centimètres sur le tendon court péronier en aval de la fibula. Il a été en incapacité de travail totale dès cette date.
  - d.** Le 16 avril 2018, l'assuré a subi une nouvelle entorse de la cheville gauche alors qu'il marchait sur un trottoir. À la suite de cet événement, son médecin traitant a continué à attester une incapacité de travail totale.
- B.**
- a.** Le 10 février 2018, il a déposé une demande de prestations devant l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
  - b.** L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 5 novembre au 4 décembre 2019. Dans leur rapport du 16 décembre 2019, les docteurs D\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et E\_\_\_\_\_, ont posé les diagnostics d'entorses en inversion de la cheville gauche en 2017, puis en avril 2018, de tendinopathie fissuraire du court péronier et d'instabilité externe de la cheville gauche, d'équin gastrocnémien, de probable conflit antéro-externe, de tendinopathie des péroniers latéraux, de discrets signes de tendinopathie du tibial postérieur, ainsi que d'obésité de grade II. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles, notamment un catastrophisme élevé et une kinésiophobie légère. L'évolution avait été favorable. La participation de l'assuré aux thérapies avait été élevée, et aucune incohérence n'était relevée. Les médecins ont rapporté que le moral était bon. La situation serait stabilisée un à trois mois plus tard. Le pronostic de réinsertion à court terme était favorable, et on s'attendait à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle.
  - c.** Le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a certifié le 21 juillet 2021 que l'état psychique de l'assuré justifiait un suivi spécialisé depuis le 30 mai 2018. Cet accompagnement s'inscrivait dans le cadre de l'accident et de ses conséquences sur la vie personnelle et relationnelle de l'assuré.
  - d.** Dans un rapport médical du 17 février 2022, le Dr F\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'état dépressif majeur, trouble de la personnalité borderline, réaction aiguë au stress, syndrome douloureux somatoforme persistant et personnalité émotionnellement labile. La fragilité psychopathologique de l'assuré demeurait

très préoccupante. Il avait besoin de soins psychiatrique, psychothérapeutique et physiologique au quotidien. Il était entremêlé dans une situation clinique ne lui permettant pas de maintenir ou d'acquérir une formation professionnelle.

e. Dans un certificat médical du 16 juin 2022, le Dr F\_\_\_\_\_ a relevé que son état physique n'avait pas évolué depuis de nombreux mois et l'empêchait de reprendre une quelconque activité socio-professionnelle. Cette atteinte somatique constituait une atteinte narcissique majeure, entraînant un état dépressif extrêmement important. Son traitement médicamenteux était renouvelé et son accompagnement psychiatrique et psychothérapeutique poursuivi.

f. Dans un rapport médical du 20 mars 2023, le Dr F\_\_\_\_\_ a repris, pour l'essentiel, le contenu de son rapport médical du 17 février 2022.

g. Sur demande de l'OAI, une expertise bi-disciplinaire a été effectuée par les docteurs G\_\_\_\_\_, psychiatre, et H\_\_\_\_\_, rhumatologue, le 21 août 2023.

Sur le plan rhumatologique, l'expert a posé les diagnostics de status post conflit antéro-externe du ligament de Basset ; fissure longitudinale du tendon court fibulaire ; plastie ligamentaire externe des deux chevilles ; allongement des gastrocnémiens par endoscopie ; résection ostéophytique du tibial distal avec fragment libre à gauche en juillet 2019 ; reprise chirurgicale le 4 juin 2020 pour ablation d'une encre débordante ; révision des tendons fibulaires sous arthroscopie dans la gouttière rétro malléolaire et externe ; atteinte du nerf sural gauche. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter de porter des charges de plus de 10 kg ; alterner les positions debout-assis (avec une pause d'une heure dans la journée, debout pas plus de 30 min) ; éviter de se mettre sur les genoux ; éviter de monter et descendre les échelles ou échafaudages. Sa performance pouvait être réduite de 10%.

L'examen clinique était très satisfaisant sans signe de décompensation de la cheville gauche. L'activité d'électricien semblait compromise vu l'atteinte à la cheville, mais une activité adaptée était possible dès juillet 2022 à 90% en respectant les limitations fonctionnelles.

Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a retenu aucun diagnostic incapacitant. Il a retenu le diagnostic d'autres troubles de l'humeur persistants, précisant qu'il n'avait aucune incidence sur la capacité de travail. La capacité de travail était entière, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il a décrit un assuré qui évoquait des variations de son moral, mais pas de limitations psychiatriques de son quotidien, soit dans les activités ménagères et les déplacements distractifs, avec un entourage fourni préservé et des activités récréatives présentes. L'examen clinique ne montrait pas d'éléments en faveur d'une atteinte psychiatrique significative. Les plaintes étaient axées sur le vécu douloureux de la cheville. Il bénéficiait au demeurant de ressources significatives.

De manière consensuelle, les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle du 2 mars 2017 au 30 juin 2022 dans toute activité sur le plan

rhumatologique et de 90% dès juillet 2022 en tenant compte d'une baisse de rendement de 10%. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter de porter des charges de plus de 10 kg ; alterner les positions debout-assis (avec une pause d'une heure dans la journée, debout pas plus de 30 min) ; éviter de se mettre sur les genoux ; éviter de monter et descendre les échelles ou échafaudages.

**h.** Par avis du 28 août 2023, le SMR a suivi les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire du 21 août 2023.

**i.** Par projet de décision du 1<sup>er</sup> novembre 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2018 au 30 septembre 2022. La capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte depuis le 2 mars 2017. Le délai de carence avait donc pris fin le 2 mars 2018. Toutefois en application de l'art. 29 al. 1 LAI, son droit à la rente ne pouvait prendre naissance qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle il avait déposé sa demande de prestations, soit le 1<sup>er</sup> août 2018. Une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était raisonnablement exigible à raison de 90% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2022. La comparaison des gains sans invalidité (CHF 67'756.-) et avec invalidité (CHF 59'372.-) révélait une perte de revenu de 12.4%, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente et à des mesures professionnelles.

**j.** Le 15 décembre 2023, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision. Il contestait avoir une capacité de travail, même adaptée, à compter du « 1<sup>er</sup> juillet 2023 » en raison des problèmes rhumatologiques et psychiques dont il souffrait encore, et qui étaient attestés par ses médecins traitants.

Sur le plan physique, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en endocrinologie, dont il a produit un questionnaire rempli le 12 décembre 2023, avait notamment relevé qu'il souffrait de nombreuses limitations fonctionnelles en raison des diagnostics posés, en particulier celui du syndrome douloureux chronique. Il ne pouvait marcher plus de 100 mètres sans devoir s'arrêter ou marcher rapidement pendant plus de 20 mètres, monter une échelle, maintenir une position accroupie ou encore porter des charges, même légères. Il rencontrait également des difficultés à se concentrer en raison de son état de fatigabilité. Il souffrait également de son genou, affection qui avait été prise en compte par le Dr H\_\_\_\_\_, ce qui aurait dû conduire l'OAI à retenir l'absence de toute capacité de travail, y compris dans une activité adaptée. Il se plaignait tous les jours de douleurs physiques impactant fortement son quotidien et l'empêchant d'exercer toute activité lucrative.

Sur le plan psychique, le Dr F\_\_\_\_\_, son psychiatre traitant, avait relevé que sa capacité de travail était nulle en raison de son état dépressif majeur, de ses troubles anxieux majeurs et d'importants troubles de la personnalité. Il était limité d'une façon importante dans l'ensemble de sa sphère fonctionnelle, à savoir son sommeil, son anxiété, ses capacités à se déplacer et d'agir.

Subsidiairement, il contestait le niveau de compétence 1 retenu pour le salaire sans invalidité. Ce niveau s'appliquait aux employés qui réalisaient des tâches

physiques ou manuelles simples. Or, il avait obtenu un CFC dans le domaine de l'électricité. Pendant dix années de travail dans les stations de traitement des eaux usées du canton, il était passé d'électricien qualifié à électricien spécialisé. Compte tenu de sa formation, de ses années d'expérience dans le métier et de ses postes à responsabilité, il ne se justifiait en aucun cas de prendre le niveau 1 de compétences pour un homme travaillant dans le domaine de la construction. Il pratique, à tout le moins, des tâches complexes, nécessitant un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé. Le niveau de compétence 3 était assurément atteint. Il était d'ailleurs probable qu'en réalité son niveau de compétence soit de niveau 4, lequel consistait en des tâches exigeant une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissance. Il sollicitait également la prise en compte d'une déduction forfaitaire de 10% au revenu hypothétique avec invalidité.

**k.** Par avis du 19 décembre 2023, le SMR s'est déterminé sur le questionnaire rempli par le Dr I\_\_\_\_\_ le 12 décembre 2023, ainsi que sur l'appréciation médicale du docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin d'assurance de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), du 11 janvier 2023, dans laquelle ce dernier a retenu que les douleurs au genou n'étaient pas liées à l'accident, les examens et le séjour à la CRR n'ayant révélé aucune plainte de cet ordre et les atteintes révélées à l'IRM d'août 2022 étant typiques de l'usure du genou, avec une discrète gonarthrose qui n'avait pu être causée par les accidents.

Le SMR a estimé que ces éléments n'étaient pas de nature à modifier son avis du 28 août 2023. Les limitations fonctionnelles reprises par le Dr I\_\_\_\_\_ avaient été prises en compte par l'expert, qui a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité d'électricien. Quant aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr J\_\_\_\_\_ dans son avis du 11 janvier 2023, soit l'exercice d'une activité sédentaire, avec limitations des positions statiques debout, en positions essentiellement ou pratiquement totalement assises, avec de façon périodique une heure par jour des pauses en fractionné pour permettre le changement de position et l'installation adéquate du membre inférieur gauche, sans nécessité de montée de pentes ou d'escaliers, sans soulever de poids supérieurs du côté gauche à 10 kg, elles avaient été prises en compte par l'expert, qui a retenu une perte de rendement de 10% dans une activité adaptée.

**l.** Par courrier du 14 avril 2025, l'assuré a transmis des rapports d'imagerie médicale des 6 et 7 janvier 2025, considérant qu'ils faisaient état d'une péjoration de son état de santé.

**m.** Par décisions du 17 avril 2025, l'une portant sur la période du 1<sup>er</sup> août 2018 au 31 août 2022 et l'autre sur la période du 1<sup>er</sup> au 30 septembre 2022 (recalcul de la rente suite au divorce), l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2018 au 30 septembre 2022.

Une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était raisonnablement exigible à raison de 90% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2022. Tenant compte d'un revenu sans atteinte à la santé de CHF 67'756.- et d'un revenu avec atteinte à la santé de CHF 59'372.-, son degré d'invalidité s'élevait à 12.4%. Il était partant inférieur au 20% requis pour l'ouverture d'un droit à des mesures professionnelles et au 40% requis pour permettre la poursuite du versement d'une rente.

- C. a.** Par acte du 27 mai 2025, complété le 18 août 2025, l'assuré a formé recours devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre ces décisions, concluant à leur annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité d'au minimum 70%. Subsidiairement, il a sollicité l'octroi de mesures d'ordre professionnel, notamment d'orientation professionnelle. À titre préalable, il a sollicité l'audition de ses médecins et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

L'expertise du 21 août 2023 ne pouvait se voir reconnaître de valeur probante. L'expert psychiatre n'avait manifestement pas l'impartialité nécessaire. Il avait critiqué l'avis de son médecin traitant sans prendre contact avec lui.

Sa position était critiquable. L'examen clinique, fondé sur un entretien unique d'une heure, n'était pas susceptible de déterminer de manière convaincante qu'il souffrait des affections psychiques concernées. Les experts mandatés par le Tribunal de première instance avaient retenu un trouble de la personnalité et indiqué qu'il n'était pas en mesure d'assumer la garde de son enfant. Il avait au demeurant annoncé une péjoration de son état de santé avant le prononcé des décisions litigieuses, sans que l'intimé n'ait instruit ce point.

S'agissant du calcul de la perte de gain, le revenu avec invalidité aurait dû tenir compte d'une capacité de travail nulle, à tout le moins d'une réduction forfaitaire. Il souffrait en effet de nombreuses limitations fonctionnelles et était proche de l'âge de la retraite. Le revenu sans invalidité aurait dû être fixé en tenant compte d'un niveau de compétence 3, soit un revenu minimum de CHF 7'585.-, soit un montant annuel de CHF 91'090.- [recte : 91'020.-].

Il a produit un rapport d'expertise du 10 mai 2017, réalisée par le docteur K\_\_\_\_\_, médecin interne à l'unité de psychiatrie légale, Centre universitaire romand de médecine légale, et la docteure L\_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique à l'unité de psychiatrie légale des HUG.

Ce recours a été enregistré sous les numéros de causes A/1847/2025 et A/1850/2025.

- b.** Le 17 septembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours.

La critique du volet psychiatrique de l'expertise ne faisait pas état d'éléments que l'expert aurait ignorés ou qu'il aurait retranscrit de manière incorrecte les déclarations de l'assuré. Elle ne faisait pas non plus état de divergences dans les éléments objectifs et dans les ressources décrites par l'expert, qui ne permettaient

aucunement de retenir la présence d'une grave atteinte incapacitante sur le plan psychiatrique au vu des exigences jurisprudentielles. L'expert décrivait un assuré qui évoquait des difficultés lors des conflits avec son ancienne épouse et la procédure de placement initiée à l'encontre de son fils, mais qui arrivait à gérer son quotidien et avait pu s'investir dans une nouvelle relation suivie d'un mariage. C'étaient les douleurs somatiques qui limitaient son quotidien. Le traitement psychiatrique était prescrit depuis de nombreuses années sans modification à une dose initiale, et celui-ci n'était pas détecté à la prise de sang effectuée. L'expert s'était également prononcé de manière détaillée sur les éléments qui le poussaient à écarter l'appréciation du psychiatre traitant. Le recourant n'apportait aucun argument sérieux pour remettre en cause cette appréciation.

Concernant le degré d'invalidité, la perte fonctionnelle était d'ores et déjà intégrée dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant par la baisse de rendement et ses limitations fonctionnelles ne justifiaient pas une réduction supplémentaire, étant précisé que l'évaluation avait été faite pour 2022. Quant au revenu sans invalidité, on ne retrouvait pas d'éléments en faveur d'un niveau de compétence particulièrement élevé dans l'activité exercée, ni des revenus similaires dans son parcours professionnel.

Il a joint un avis médical du SMR du 27 août 2025 se prononçant sur le rapport d'expertise du 10 mai 2017 des Drs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, produit dans le cadre du recours. Le SMR a notamment relevé que les experts ne retenaient aucune atteinte incapacitante du point de vue professionnel. Le trouble mixte de la personnalité n'était pas retenu comme décompensé et des traits de personnalité psychiques ne constituaient pas des atteintes à la santé psychique incapacitantes.

**c.** Par réplique du 17 octobre 2025, le recourant a relevé qu'une partie de l'examen rhumatologique n'avait pas été enregistrée. L'expert avait repris, dans un second enregistrement durant neuf minutes un résumé des questions et réponses échangées. L'expert n'avait dès lors pas respecté sa mission et ses omissions consacraient une violation de son droit d'être entendu.

L'OAI ne s'était pas prononcé sur le manque d'impartialité de l'expert, sur le fait que l'examen clinique avait été de courte durée, sur le trouble de la personnalité incapacitant retenu par le psychiatre et sur la péjoration de son état de santé, intervenue avant la décision litigieuse. Il ressortait, enfin, de l'enregistrement de l'entretien avec l'expert psychiatre que ce dernier l'avait régulièrement interrompu au moyen de questions orientées. On ne retrouvait pour le surplus pas un assuré détendu et souriant, comme cela avait été décrit par l'expert. Il était, au contraire, régulièrement ému et essayait d'exprimer ce qu'il ressentait. Il était également très régulièrement, en raison de son état de santé, restreint dans ses interactions avec son entourage.

**d.** Sur demande de la chambre de céans, l'OAI a produit l'enregistrement sonore des entretiens d'expertise.

e. Le 14 janvier 2026, l'assuré a indiqué avoir déjà procédé à l'écoute de l'enregistrement concerné.

f. Le 22 janvier 2026, l'OAI a confirmé que l'expert rhumatologue avait corrigé le défaut d'enregistrement constaté lors de la première partie et indiqué ce qui suit : « on reprend l'expertise faute d'enregistrement de la première partie. Moi, je vais tout relire ce que vous m'avez dit, et vous me dites oui c'est ça ou pas. Donc je vous dis à nouveau [...]. Faute d'avoir enregistré la première partie, nous allons reprendre tout l'entretien [...]. Tout le reste, c'est l'examen somatique, qui a déjà été enregistré ». L'enregistrement répondait aux exigences en la matière.

La durée de l'entretien n'était au demeurant pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise. Le travail de l'expert ne s'arrêtait pas au stade de l'entretien, mais consistait également en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé. Les spécialistes ne posaient aucune durée minimale pour un examen clinique dans le cadre d'une expertise psychiatrique.

On ne saurait au demeurant faire grief à l'expert de ne s'être entretenu qu'à une seule reprise avec l'intéressé, un tel procédé apparaissant usuel dans le contexte d'une mission d'expertise.

Au regard de la large autonomie de l'expert dans la manière de conduire son expertise, il y avait lieu de faire preuve de retenue avant de remettre en cause la méthodologie utilisée. L'expert se devait de poser des questions structurées (non orientées).

Enfin, un diagnostic n'était pas forcément incapacitant en soi et il ne suffisait pas *de facto* à engendrer une incapacité de travail. Il s'agissait plutôt d'examiner quelles en étaient les conséquences objectives sur la capacité de gains.

g. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'assuré.

## **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** Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

### **2.**

**2.1** Selon l'art. 70 LPA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune (al. 1). La jonction n'est toutefois pas ordonnée si la première procédure est en état d'être jugée alors que la ou les autres viennent d'être introduites (al. 2).

Selon la doctrine et la jurisprudence, l'art. 70 LPA est une norme potestative. La décision de joindre ou non des causes en droit administratif procède ainsi avant tout de l'exercice du pouvoir d'appréciation du juge, qui est large en la matière. Elle peut également reposer sur des considérations d'économie de procédure, ce que l'art. 70 al. 2 LPA rappelle du reste expressément. Une jonction des causes ne présente d'utilité que si elle permet de simplifier la procédure ; elle se justifie en présence de situations identiques (Stéphane GRODECKI / Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, 2017, p. 237 et références jurisprudentielles citées).

**2.2** En l'espèce, il se justifie de joindre les procédures A/1847/2025 et A/1850/2025, qui portent toutes deux sur le droit à une rente d'invalidité du recourant.

- 3.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision attaquée, par laquelle l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 1<sup>er</sup> octobre 2022.

**3.1** Le 1<sup>er</sup> 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 (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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

**3.2** En l'occurrence, est litigieux le droit à la rente à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

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

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la

santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'art. 28 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes (al. 1) : 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). Une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter n'ont pas été épuisées (al. 1<sup>bis</sup>).

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

**3.4** 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 ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). 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\_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, l'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2). Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). À lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et la référence).

**3.5** On rappellera également que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, sauf avis contraire de l'assuré, les entretiens entre l'assuré et l'expert font l'objet d'enregistrements sonores, lesquels sont conservés dans le dossier de l'assureur (art. 44 al. 6 LPGA). Le législateur a souhaité ainsi améliorer la transparence des expertises (voir à cet égard : Michela MESSI, AI : les enregistrements favorisent la transparence, *in* Sécurité sociale [CHSS] 2022).

L'art. 7k OPGA précise notamment, au sujet de l'enregistrement sonore, que l'entretien comprend l'ensemble de l'entretien de bilan et que celle-ci inclut l'anamnèse et la description, par l'assuré, de l'atteinte à sa santé (al. 1). L'enregistrement sonore doit être réalisé par l'expert conformément à des prescriptions techniques simples. Les assureurs garantissent l'uniformité de ces prescriptions dans les mandats d'expertise. L'expert veille à ce que l'enregistrement sonore de l'entretien se déroule correctement sur le plan technique (al. 5). L'assuré et l'expert doivent tous deux confirmer oralement le début et la fin de l'entretien au début et à la fin de l'enregistrement sonore, en précisant l'heure. Ils confirment de la même manière toute interruption de l'enregistrement (al. 6). Les experts et les centres d'expertises transmettent l'enregistrement sonore à l'assureur sous forme électronique sécurisée en même temps que l'expertise (al. 7). Si l'assuré, après avoir écouté l'enregistrement

sonore et constaté des manquements techniques, conteste le caractère vérifiable de l'expertise, l'assuré et l'organe d'exécution tentent de s'accorder sur la suite de la procédure (al. 8).

**3.6** 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

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

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de

preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

**3.7** Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

Dans les limites du mandat confié, la conduite de l'expertise (modalités de l'examen clinique et choix des examens complémentaires) est laissée au libre arbitre de l'expert. Dans ce contexte, une prétendue courte durée de l'entretien entre la personne assurée et le médecin ou la non-prise de contact de ce dernier avec un confrère ne permettent pas de dénier toute force probante à une expertise psychiatrique (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 7.1.2 et la référence).

**3.8** 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 et les références ; 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 139 V 176 consid. 5.3).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 121 V

362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue ; en particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200 consid. 3a in fine ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.3 et la référence).

**3.9** Selon la jurisprudence, les règles sur l'impartialité des membres d'un tribunal valent en principe pour les experts (ATF 132 V 93 consid. 7.1). En conséquence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. La récusation d'un expert n'est pas limitée aux cas dans lesquels une prévention effective est établie, car une disposition interne de l'expert ne peut guère être prouvée ; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 139 III 433 consid. 2.1.2 et les références) ; les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont pas décisives (ATF 127 I 196 consid. 2b ; 120 V 357 consid. 3a).

4. En l'espèce, le recourant conteste avoir une capacité de travail de 95% dans une activité adaptée et ainsi l'invalidité retenue de 13%. Il affirme que sa capacité de travail est nulle en raison de ses atteintes physiques et psychiques.

Pour rendre ses décisions du 17 avril 2025, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique du 21 août 2023, que le SMR a estimé convaincant par avis des 28 août 2023, 19 décembre 2023 et 27 août 2025. C'est donc la valeur probante de ce rapport d'expertise qu'il convient d'examiner.

La chambre de céans constate en premier lieu que ce rapport a été rendu en pleine connaissance du dossier, dont il comporte une synthèse en début de rapport. Les deux experts ont par ailleurs chacun procédé à une anamnèse approfondie, comprenant en particulier une anamnèse personnelle, familiale et sociale, décrit une journée-type et fait échos des plaintes de l'assuré. Ils ont également chacun procédé à un examen médical et exposé leurs constatations, comprenant un status détaillé. Ils ont ensuite, chacun pour leur spécialité, abouti à des diagnostics et une appréciation de la capacité de travail du recourant clairs, bien motivés et convaincants, ainsi que répondant aux questions posées par l'assurance. Finalement, les experts ont procédé à une évaluation consensuelle dont les résultats sont cohérents, eu égard aux conclusions des deux volets de l'expertise.

Au vu de ce qui précède, le rapport d'expertise bi-disciplinaire répond aux critères jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante.

**4.1** S'agissant du volet psychiatrique, l'expert a analysé les indicateurs jurisprudentiels pertinents. Il a notamment retenu que les troubles présentés

n'avaient aucune gravité. Il a examiné l'adhésion du recourant aux traitements thérapeutiques et apprécié ses capacités, ressources et difficultés. Il a également évalué la cohérence et la plausibilité, ainsi que la personnalité du recourant. Enfin, il a pris position sur les rapports médicaux au dossier.

Le recourant conteste l'impartialité de l'expert psychiatre, au motif qu'il s'est limité à critiquer la position de son médecin traitant, sans prendre contact avec lui. Or, pour remettre en cause la partialité d'un expert, il ne suffit pas d'affirmer simplement que l'intéressé aurait été tenu de prendre contact avec le médecin traitant, une telle obligation ne résultant ni de la loi, ni de la jurisprudence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 7.1.2, cité *supra*). D'ailleurs, comme on le verra ci-après, l'expert se prononce sur les diagnostics retenus par le médecin traitant, mais explique, de manière circonstanciée, les raisons pour lesquelles il ne les retient pas. Il appert ainsi que le recourant se limite à se plaindre d'une absence d'impartialité de l'expert, sans invoquer de circonstances précises donnant l'apparence d'une prévention à son égard ou faisant redouter une activité partielle de l'expert. L'absence de prise de contact avec le médecin traitant était, au demeurant, connue du recourant dès réception de l'expertise du 21 août 2023, de sorte qu'il aurait dû l'invoquer plus tôt, s'il estimait que cela était de nature à entacher son impartialité. Il est en effet contraire au principe de la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour ensuite, à l'occasion d'un recours, tirer argument d'un motif de récusation qui était connu auparavant.

Il ne se justifie pas davantage d'écarter le rapport de l'expert psychiatre au motif qu'il n'aurait effectué qu'un seul et bref entretien avec l'assuré. Comme le relève l'intimé, le nombre d'entretiens ou leur durée ne sont pas des critères reconnus par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 8C\_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 7.1.2). Celles-ci ne sauraient en effet être proportionnelles au temps consacré, dès lors que le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (arrêts du Tribunal fédéral I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2 ; I 764/05 du 30 mai 2005, consid. 2.3). Le Tribunal fédéral a au demeurant rappelé qu'il était usuel d'effectuer un seul entretien dans le contexte d'une mission d'expertise, l'opportunité de plusieurs entrevues pouvant légitimement être laissée à l'appréciation de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3). Enfin, compte tenu de la large autonomie dont jouit l'expert dans la manière de conduire son expertise, il n'y pas lieu de revenir sur la manière dont l'expert a questionné l'assuré lors de l'entretien. On relèvera d'ailleurs que le recourant n'indique pas en quoi la méthode employée par l'expert aurait influé sur le contenu de l'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_732/2012 du 26 novembre 2012 consid. 4.2).

Quant aux critiques du recourant à l'égard des conclusions de l'expertise, elles ne sont pas non plus fondées. Contrairement à ce qu'il soutient, l'expert psychiatre n'a pas écarté les diagnostics d'épisode dépressif majeur persistant et syndrome douloureux somatoforme retenus par son psychiatre traitant au seul motif que l'examen clinique retrouvait un assuré détendu, avenant et souriant, avec une humeur le plus souvent neutre. L'expert psychiatre a en effet dûment expliqué qu'au cours d'un épisode dépressif sévère, le sujet était incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles ou ménagères. Or, l'assuré, qui avait vécu seul dans son appartement de 2013 à 2023, était autonome dans toutes les tâches de la vie quotidienne en-dehors des tâches limitées par ses problèmes de douleurs physiques. Il s'occupait de son fils une semaine sur deux, l'accompagnait à ses entraînements et à ses matchs, préparait les repas et faisait les tâches ménagères. Les activités de plaisir étaient toujours présentes, il aimait bien regarder le foot à la télévision, écouter de la musique et lire des romans. Il avait des relations de qualité avec sa famille et ses amis, signalant une quarantaine de copains. Il a également retenu qu'il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur, ni d'agitation, ni de troubles de la concentration ou de l'attention ou de la mémoire, ni idée de culpabilité, ni idée suicidaire. Ainsi, compte tenu de l'ensemble de ces éléments, le diagnostic d'épisode dépressif majeur ne pouvait être retenu.

Quant au syndrome douloureux somatoforme, l'expert psychiatre a expliqué que celui-ci se définissait par une plainte essentielle concernant une douleur intense et persistante s'accompagnant d'un sentiment de détresse non expliqué entièrement par un processus physiologique ou trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et des problèmes psychosociaux suffisamment important pour être considéré comme la cause essentielle du trouble. Or, dans le cas de l'assuré, il ne pouvait pas non plus être retenu, puisqu'il ne rapportait pas de douleur intense et persistante, mais une douleur variant en fonction des jours, du climat, de la position de sa cheville. Il n'exprimait pas de détresse lors de l'examen et se montrait détendu, avenant, souriant, concentré et attentif. Il avait la capacité de faire face à un grand nombre de tâches de la vie quotidienne, se déplaçait seul, s'occupait de manière adéquate de son fils et prenait du plaisir dans des activités de loisirs. Il décrivait au demeurant d'excellentes relations avec son entourage, dont sa nouvelle épouse, sa sœur, trois amis très proches et une quarantaine de copains. Il n'y avait donc aucun contexte de conflit émotionnel. Enfin, sur le plan des problèmes psychosociaux, on retrouvait des dettes importantes et des difficultés à aller en vacances, mais il ne rapportait pas de difficulté majeure dans la vie de tous les jours. Il avait notamment expliqué qu'il achetait « du frais » et faisait tous les jours ses courses, cuisinait tous les repas et disposait d'une voiture pour se déplacer. Il n'y avait donc pas de contexte de conflit émotionnel ou de problème psychosocial suffisamment important pour être considéré comme la cause essentielle du trouble.

Contrairement à ce que soutient le recourant, l'appréciation de l'expert psychiatre n'est pas non plus remise en cause par les conclusions de l'expertise judiciaire du 10 mai 2017, mise en œuvre sur mandat du Tribunal de première instance. Outre le fait que cette expertise a été rendue il y a plus de huit ans, elle avait pour mission de déterminer les capacités de l'assuré et de son ex-épouse à assumer l'autorité parentale et la garde sur leur enfant. Elle ne se prononce donc pas sur la capacité de travail du recourant, étant rappelé qu'un diagnostic n'est pas forcément incapacitant en soi, le caractère invalidant du trouble retenu devant être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs. Dans son rapport, l'expert psychiatre a expliqué, de manière convaincante, les raisons pour lesquelles il ne retenait pas de trouble de la personnalité dans le cas de l'assuré. Il a notamment précisé qu'un tel trouble s'accompagnait d'attitudes et de comportements nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement. Ce mode de comportement anormal était profondément enraciné et clairement inadapté à des situations personnelles et sociales très variées. Or, dans le cas de l'assuré, l'expert n'avait pas retrouvé de dysfonctionnement significatif dans le domaine professionnel où il avait travaillé de 2015 à 2021, étant rappelé que son patron avait attendu trois ans avant de le licencier, car il espérait qu'il revienne. Il était titulaire d'un CFC et ne rapportait pas de difficulté particulière lors de son apprentissage. Il avait fait du foot pendant de nombreuses années et avait tissé de très nombreuses relations qu'il avait toujours gardées. Il avait au demeurant des relations de qualité avec sa famille et ses amis. Il n'y avait donc pas de dysfonctionnement dans le secteur des relations familiales ni dans celui du parcours professionnel. Il ne rapportait aucune consommation de drogues, ni de problème avec l'alcool, ni de comportement de scarification ou d'automutilation ou de chantage au suicide, ou de tentative de suicide.

Le recourant, qui – comme on l'a vu – se plaint essentiellement de la brièveté de la séance avec l'expert psychiatre, ne conteste pas les propos rapportés par ce dernier. Il soutient certes avoir, à plusieurs reprises, indiqué à l'expert qu'il devait « s'isoler, à l'écart de son entourage » et que lors de repas de famille, il en « bavait », n'étant « pas autour de la table », ne voyant que le « dos des personnes, pas les visages ». Il ressort toutefois de l'enregistrement de l'entretien avec l'expert psychiatre que ces déclarations portent sur un épisode précis, à savoir un repas de Noël en famille, lors duquel le recourant s'était installé sur un canapé situé derrière les invités afin de pouvoir poser sa jambe en hauteur. Ainsi, contrairement à ce qu'il laisse entendre, l'isolement n'apparaît pas dû à une atteinte psychique l'empêchant d'être confronté au regard de ses invités, mais bien à la nécessité de trouver une position confortable pour sa jambe. Le recourant a par ailleurs admis que de telles situations ne se présentaient pas quotidiennement et qu'il se sentait très entouré, tant par la famille que par de nombreux amis. Ces éléments, dûment relatés dans le rapport d'expertise, ne sont pas contestés par l'intéressé dans ses écritures. La conclusion de l'expert, selon laquelle l'assuré

avait un «entourage fourni, préservé et des activités récréatives présentes » n'apparaît dès lors pas critiquable.

Pour le reste, le recourant ne démontre pas que l'expertise comporterait des contradictions manifestes ou ignorerait des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels, et explique encore moins en quoi le point de vue de son psychiatre traitant serait objectivement mieux fondé que celui de l'expert ou justifierait - au travers des éléments qu'il mettrait en évidence - la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. L'appréciation de l'expert psychiatre apparaît ainsi suffisamment argumentée, si bien que c'est à raison que l'OAI a suivi ses conclusions.

**4.2** Quant aux conclusions de l'expert rhumatologue, le recourant ne les remet pas spécifiquement en cause. Il se plaint uniquement d'une violation de son droit d'être entendu, au motif qu'une partie de l'examen rhumatologique n'avait pas été enregistrée. S'il ressort effectivement de l'enregistrement de l'entretien de l'expert rhumatologue avec l'assuré que la première partie de celui-ci n'a pas été enregistrée, l'expert rhumatologue a corrigé cela en reprenant l'enregistrement dans son intégralité. Comme il l'a dûment expliqué lors de l'entretien, il a relu les déclarations de l'assuré, laissant à ce dernier la liberté de le corriger en cas d'erreurs. Le recourant n'indique pas en quoi cet enregistrement ne serait pas conforme aux réquisits en la matière, tels qu'énumérés à l'art. 7k OPGA. Comme précisé ci-dessus (cf. *supra* consid. 3.5), l'entretien comprend l'ensemble de l'entrevue de bilan, laquelle inclut l'anamnèse et la description par l'assuré de l'atteinte à la santé. Le but de l'enregistrement est de vérifier, en cas de litige, ce qui a été effectivement dit lors de l'entretien. Or, le recourant ne soutient pas que l'expert n'aurait pas enregistré ce qu'il a dit. On ne discerne ainsi aucune violation de son droit d'être entendu sous cet angle.

Le recourant invoque également une péjoration de son état de santé, qui avait été annoncée à l'OAI par courrier du 14 avril 2025, soit avant le prononcé des décisions litigieuses. Il n'indique toutefois pas en quoi son état de santé se serait péjoré, se limitant à se référer aux derniers rapports d'imagerie médicale. Or, contrairement à ce qu'il soutient, ces pièces ne permettent pas de retenir une aggravation de son état de santé. S'agissant en particulier de la gonarthrose débutante mentionnée dans le rapport d'échographie du genou du 6 janvier 2025, force est de constater que le Dr J\_\_\_\_\_ avait déjà relevé la présence d'une discrète gonarthrose, typique de l'usure du genou, dans son avis du 11 janvier 2023. Le SMR s'est déterminé sur cette pièce dans son avis médical du 19 décembre 2023, mais n'a pas retenu d'aggravation de son état de santé pour ce motif. Il appert ainsi que l'affirmation générale du recourant selon laquelle son état de santé se serait péjoré n'est pas documentée par des pièces médicales probantes.

**4.3** Pour le reste, les conclusions de l'expert rhumatologue quant à une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée dès juillet 2022 sont claires et

convaincantes et le recourant n'apporte aucun élément permettant de les remettre en cause. Elles peuvent donc être suivies.

**5.** Il convient à présent de vérifier le calcul du degré d'invalidité du recourant.

**5.1** 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 réaliser 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 LPG).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

Le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x% et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1% (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

**5.2** Selon l'art. 26 RAI, dans sa teneur en vigueur – applicable en l'occurrence, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 – le revenu sans invalidité (art. 16 LPG) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable (al. 1). Si le revenu effectivement réalisé est inférieur d'au moins 5% aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 al. 3, le revenu sans invalidité correspond à 95% de ces valeurs médianes (al. 2). L'al. 2 n'est pas applicable lorsque : le revenu avec invalidité visé à l'art. 26<sup>bis</sup> al. 1 est également inférieur d'au moins 5% aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 (al. 3 let. a) ou l'assuré exerçait une activité lucrative indépendante (al. 3 let. b).

Afin de comparer le salaire effectivement réalisé à celui fondé sur les ESS, ce dernier doit être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408).

Depuis la dixième édition de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par

profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1\_skill\_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_444/2021 du 29 avril 2022 consid. 4.2.3 et les arrêts cités ; Jenny CASTELLA, Le choix du niveau de compétences lors de la fixation du revenu d'invalidité fondé sur les données statistiques de l'ESS, RSAS 2023 p. 263 ss).

L'application du niveau 2 se justifie uniquement si la personne assurée dispose de compétences ou de connaissances particulières (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_375/2023 du 12 décembre 2023 consid. 6.6 et la référence). Cela a récemment été admis dans le cas d'un entrepreneur de jardinage indépendant qui avait travaillé pendant de nombreuses années en tant que contremaître (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_276/2021 du 2 novembre 2021 consid. 5.4.1), chez un gérant et directeur d'une entreprise de construction qui disposait à la base d'une formation de charpentier et qui avait fait une formation continue pour devenir contremaître et directeur de projet (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_5/2020 du 22 avril 2020 consid. 5.3.2), chez un charpentier indépendant qui, au sein de son entreprise, effectuait aussi des tâches administratives et qui était responsable de quatre collaborateurs et de deux apprentis (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_732/2018 du 26 mars 2019 consid. 8.2) ou encore chez un assuré qui n'avait pas de diplôme d'apprentissage, mais qui était chef d'une entreprise dans l'industrie de la construction et avait, avant son atteinte à la santé, un revenu nettement supérieur à celui qu'il aurait pu obtenir en tant qu'employé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_457/2017 du 11 octobre 2017 consid. 6.3).

**5.3** En vertu de l'art. 26<sup>bis</sup> al. 2 RAI, si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI.

Il convient de tenir compte de la formation professionnelle ou de la situation et de l'expérience professionnelles antérieures, pour autant que l'on puisse encore raisonnablement exiger de l'assuré qu'il exerce les activités en question. Si l'activité précédente n'est plus raisonnablement exigible, il convient de déterminer le salaire statistique d'une activité qui l'est encore (OFAS, CIRAI, ch. 3412).

Il y a lieu de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1\_tirage\_skill\_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), respectivement T17 (à partir de 2012) si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_124/2021 du 2 août 2021 consid. 4.4.1 ; 8C\_111/2021 du 30 avril 2021 consid. 4.2.1 et les références).

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). Les tableaux TA1, T1 et T17 de l'ESS 2022 ont été publiés le 29 mai 2024 ; l'ESS 2020 a été publié le 23 août 2022.

Selon l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2023), si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1<sup>bis</sup> RAI, 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. Le Tribunal fédéral a jugé que cette disposition n'interdisait pas de concéder un abattement allant au-delà de cette réduction forfaitaire réglementaire de 10% en fonction des critères dégagés par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_823/2023 du 8 juillet 2024 consid. 10.6).

Aux termes de l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024, une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique fixée en fonction des ESS à titre de revenu d'invalidité. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1<sup>bis</sup> de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible. Selon le rapport explicatif du 18 octobre 2023 relatif à la modification du RAI « Mise en œuvre de la motion 22.3377 de la CSSS-N - Utiliser des barèmes de salaires correspondant à l'invalidité dans le calcul du taux d'invalidité », la déduction forfaitaire de 10% ou 20% prévue au nouvel art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI tient compte de tous les facteurs qui ont pour conséquence que les personnes en situation de handicap gagnent moins que celles qui sont en bonne santé. Il n'y a donc pas lieu d'effectuer d'autres déductions.

Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail. Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_497/2024 du 8 avril 2025 consid. 5.1.1). Le seuil à partir duquel on peut exclure une possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré a été considéré comme non atteint pour des assurés âgés de 58 ans (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2 et 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.3), ainsi que pour un

assuré âgé de 60 ans au moment de la décision litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2).

**5.4** 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 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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss et les références). Une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_280/2022 du 1<sup>er</sup> mars 2023 consid. 7.2.3 et les références). Selon la jurisprudence, lorsqu'une personne assurée est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail. Il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_780/2023 du 23 avril 2024 consid. 6 et les références). Aussi y a-t-il lieu de déterminer si les limitations fonctionnelles constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit entraînant un désavantage salarial (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_679/2020 du 1<sup>er</sup> juillet 2021 consid. 6.2.1 ; 8C\_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3.3).

En ce qui concerne le critère de l'âge comme facteur d'abattement du salaire statistique, il y a lieu de tenir compte de l'interdépendance des facteurs personnels et professionnels entrant en ligne de compte qui contribuent à désavantager la personne assurée sur le marché du travail après une absence prolongée. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le

plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne. Aussi, en présence d'un assuré de plus de 50 ans, la jurisprudence insiste sur l'effet de l'âge combiné avec un handicap, qui doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.2.3 et les références). Le Tribunal fédéral a notamment retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'une assurée, âgée de 50 ans au moment déterminant de la comparaison des revenus et de surcroît absente depuis de nombreuses années du marché du travail, qui présentait des limitations fonctionnelles objectives d'ordre psychique, lesquelles n'étaient nullement compensées par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation ou l'expérience professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.2.3).

**5.5** En l'espèce, la comparaison des revenus doit donc être effectuée sur la base des données valables en 2022, ce qui n'est pas contesté (cf. ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; 129 V 222 consid. 4.1).

**5.5.1** S'agissant du revenu avec invalidité, le recourant ne remet pas en cause le salaire après indexation retenu par l'OAI de CHF 65'969.-, étant précisé que c'est à juste titre que l'intimé s'est appuyé sur les valeurs statistiques. Tenant compte d'un temps de travail raisonnablement exigible de 90%, le revenu annuel brut avec invalidité s'élève donc à CHF 59'372.-.

**5.5.2** Pour fixer le revenu sans invalidité, l'intimé a indiqué que, sans atteinte à la santé, l'assuré, qui travaillait en qualité d'installateur électricien auprès de l'entreprise C\_\_\_\_\_ SA, avait réalisé en 2016 un salaire de CHF 60'206.-. Actualisé à 2022 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (ISS), le revenu annuel s'élevait à CHF 61'705.-. L'OAI a ensuite procédé à une mise en parallèle de ce montant avec le revenu hypothétique réactualisé de l'intéressé, qui s'élevait à CHF 71'323.-. Ce montant a été fixé conformément aux ESS 2020, TA1\_tirage\_skill\_level, en se référant à la ligne 41-43, construction, niveau de compétence 1 (sans qualifications) pour un homme, avec une durée hebdomadaire de travail de 41.3, actualisé à 2022. Faisant application de l'art. 26 al. 2 RAI, selon lequel le revenu sans invalidité correspond à 95% de ces valeurs médianes, le revenu sans invalidité a été fixé à CHF 67'756.- (soit 95% de CHF 71'323.-). Ce montant étant supérieur à CHF 61'705.-, il convenait d'en tenir compte pour le revenu sans invalidité.

Devant la chambre de céans, le recourant conteste le revenu sans invalidité, estimant qu'il aurait dû être fondé sur le niveau de compétence 3, voire 4, en lieu et place du niveau de compétence 1.

Or, les éléments au dossier, en particulier le *curriculum vitae* du recourant, faisant notamment état de « dépannage, bricole, rénovation transformation » dans le cadre de son dernier emploi, ne permettent pas de retenir que son activité impliquait des

tâches pratiques complexes qui nécessitaient un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé. Selon l'extrait de son compte individuel, les revenus réalisés à son compte sont relativement modestes, soit CHF 46'889.- en 2016, CHF 52'717.- en 2015, CHF 3'087.- et CHF 40'959.- en 2013.-, ce qui tend à suggérer que le recourant n'exploitait pas une entreprise d'envergure impliquant d'importantes tâches de direction et d'administration. C'est ainsi à bon droit que l'intimé n'a pas pris en considération un niveau de compétence 3, voire 4. On pourrait tout au plus se demander si, compte tenu de sa formation d'électricien (CFC), le recourant aurait dû se voir reconnaître un niveau de compétence 2. La question peut toutefois souffrir de rester ouverte, le degré d'invalidité qui en résulterait ne lui ouvrant, de toute façon, pas le droit à une rente. En effet, en application de l'ESS 2020, TA1\_tirage\_skill\_level, homme, ligne 41-43, construction, niveau de compétence 2, le revenu mensuel est de CHF 6'069.- par mois et le revenu annuel de CHF 72'828.- (CHF 6'069.- x 12). Ajusté à la durée hebdomadaire normale de travail en 2022 dans le secteur de la construction, soit 41.2 heures (cf. tableau 03.02.03.01.04.01, « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », de l'Office fédéral de la statistique, ligne 41-43), le salaire annuel est de CHF 75'013.- pour un plein temps (72'828 x 41.2/40). Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes en 2021 (- 0.7 par rapport à 2020 : 74'488) et en 2022 (1.1 par rapport à 2021 : 75'307) selon la table T39 publiée par l'Office fédéral de la statistique, le revenu sans invalidité s'élève à CHF 75'307.-. Conformément à l'art. 26 al. 2 RAI, selon lequel le revenu sans invalidité correspond à 95% de ces valeurs médianes, le revenu sans invalidité s'élève ainsi à CHF 71'542.-. En prenant en considération un revenu sans invalidité de CHF 71'542.- et un revenu avec invalidité de CHF 53'434.80 (cf. *infra* consid. 5.5.3), la perte de gain est de CHF 18'107.-, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 25,3%, arrondi à 25%. Un tel taux n'ouvre ainsi pas le droit à une rente d'invalidité.

**5.5.3** Le recourant soutient enfin que l'OAI aurait dû tenir compte d'une réduction forfaitaire supplémentaire, compte tenu de son âge et de ses nombreuses limitations fonctionnelles.

On précisera d'emblée que l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI dans sa teneur alors en vigueur ne trouve pas application pour l'intéressé, celui-ci disposant d'une capacité de travail dans une activité adaptée supérieure à 50%.

Par ailleurs, et conformément à la jurisprudence précitée, les douleurs doivent être prises en compte dans l'établissement de la capacité de travail et des éventuelles limitations fonctionnelles, mais ne constituent pas en tant que telles un facteur de réduction du salaire au sens de la jurisprudence. Les limitations fonctionnelles du recourant ont déjà été prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail (90% dans une activité adaptée), si bien qu'elles n'ont pas à être prises en compte une seconde fois lors de la détermination de l'abattement (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_778/2020 du 27 août 2021 consid. 6 et la référence).

S'agissant du critère de l'âge, on peut se demander si l'OAI n'a pas omis de tenir compte de l'interdépendance des facteurs personnels et professionnels entrant en ligne de compte qui contribuent à désavantager le recourant sur le marché du travail après une absence prolongée. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323). Aussi, en présence d'un assuré de plus de 50 ans, la jurisprudence insiste sur l'effet de l'âge combiné avec un handicap, qui doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret (arrêt 8C\_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.6 et la référence ; cf. aussi ATAS/10/2026 du 13 janvier 2026 consid. 7.4.2).

Or, le recourant, âgé de 54 ans au moment déterminant de la comparaison des revenus, présente des limitations fonctionnelles objectives dans des activités professionnelles adaptées (éviter de porter des charges de plus de 10 kg ; alterner les positions debout-assis, avec une pause d'une heure dans la journée, debout pas plus de 30 min ; éviter de se mettre sur les genoux ; éviter de monter et descendre les échelles ou échafaudages). Il convient donc de tenir compte de manière appropriée des effets que son âge, son absence prolongée du marché du travail (plus de huit ans) et la nature de ses limitations fonctionnelles peuvent jouer concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. L'ensemble de ces éléments justifie ainsi de procéder à un abattement de 10% sur le salaire statistique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_823/2023 du 8 juillet 2024 consid. 10.6). Un abattement supérieur n'entre pas en considération. En effet, le marché du travail équilibré comprend un éventail suffisamment large d'activités accessibles au recourant, dont les restrictions découlent essentiellement des douleurs qui requièrent des mesures d'épargne et des changements de position fréquents. Le revenu avec invalidité s'élève donc à CHF 53'434.80 (59'372 - 10% de 59'372), arrondi à CHF 53'435.-. On notera, à toutes fins utiles, que même un abattement maximal de 25% n'ouvrirait pas le droit à une rente.

La comparaison des salaires avec invalidité (CHF 53'435.-) et sans invalidité (CHF 67'756.- avec un niveau de compétence 1 et CHF 71'542.- avec un niveau de compétence 2) révèle donc une perte de gain de CHF 14'321.- (niveau de compétence 1) ou CHF 18'107.- (niveau de compétence 2), soit un degré d'invalidité de 20% (niveau de compétence 1) ou de 25% (niveau de compétence 2), ce qui n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

6. Reste à examiner si le recourant a droit à des mesures d'ordre professionnel, conformément à sa conclusion subsidiaire.

**6.1** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) 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). À teneur de l'art. 8 al. 1bis LAI, le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. La détermination des mesures tient notamment compte de l'âge de l'assuré, de son niveau de développement, de ses aptitudes et de la durée probable de la vie active. L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures d'ordre professionnel.

**6.2** 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 I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2).

**6.3** Le droit à une mesure de réadaptation présuppose qu'elle soit appropriée au but de 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 LPG (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).

**6.4** En l'espèce, que le taux d'invalidité du recourant soit de 20% ou de 25%, il ouvre, en principe, le droit à des mesures d'ordre professionnel, en particulier à un reclassement. Cette question n'a toutefois pas été examinée par l'intimé dans les décisions entreprises, le droit à de telles mesures ayant été refusé compte tenu du taux d'invalidité retenu, qui était inférieur à 20%. Il n'apparaît pas non plus, au vu du dossier, que le dossier du recourant ait été soumis au service de réadaptation. Dans la mesure où le recourant a conclu, à titre subsidiaire, à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour examiner si une telle mesure se justifie, tant sous l'angle de l'aptitude objective et subjective du recourant à une réadaptation.

Pour le reste, les faits de la cause étant suffisamment établis par les pièces au dossier, il ne sera pas donné suite aux demandes d'audition de témoins et de mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

7. Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis et les décisions entreprises annulée en tant qu'elles portent sur le refus de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel. Elles seront confirmées pour le surplus. La cause sera

renvoyée à l'intimé pour examiner si la mise en place d'une mesure d'ordre professionnel se justifie.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause par l'intermédiaire d'une avocate, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI) et vu l'issue du litige, il y a lieu de condamner l'OAI au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

**Statuant**

**Préalablement :**

1. Ordonne la jonction des causes A/1847/2025 et A/1850/2025 sous le numéro de cause A/1847/2025.

**À la forme :**

2. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

3. L'admet partiellement.
4. Annule les décisions de l'intimé du 17 avril 2025, en tant qu'elles refusent la mise en place de mesures d'ordre professionnel.
5. Les confirme pour le surplus.
6. Renvoie la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur la mise en place d'une mesure d'ordre professionnel.
7. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'000.- au titre de dépens.
8. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
9. 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

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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