

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2170/2023

ATAS/170/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 mars 2025

Chambre 3

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Thierry STICHER, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1977 en République dominicaine, de nationalité espagnole, titulaire d'un permis C, a travaillé en Suisse en tant que maçon dès 2009, jusqu'en juillet 2018.
- b.** En arrêt de travail depuis le 25 juillet 2018, il a bénéficié des indemnités journalières servies par l'assurance perte de gain maladie de son employeur. Celle-ci s'est notamment fondée sur une expertise médicale du 4 décembre 2018 du docteur B_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, qui concluait à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée, en raison de cervico-lombalgies chroniques, de troubles disco-dégénératifs du rachis cervico-lombaire et d'un status après ablation d'un lipome sus claviculaire droit le 19 septembre 2018. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : activité professionnelle légère excluant les ports de charges au-delà de 10 kg de manière ponctuelle et au-delà de 5 kg de manière régulière, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, les mouvements de force répétitifs impliquant le membre supérieur droit principalement au-delà de l'horizontale et autorisant l'alternance des positions assise et debout deux fois par heure. Des talalgies droites étaient jugées non incapacitantes.
- B.** **a.** Le 21 janvier 2019, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
- b.** Dans le cadre de l'instruction, l'OAI a recueilli, notamment :
- deux rapports du 30 janvier 2019 du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, diagnostiquant une névralgie cervico-brachiale, une sciatique droite, des hernies discales lombaires, une aponévrosite plantaire, de l'arthrose interapophysaire et une tendinopathie de Quervain. Était également mentionné un surpoids sans incidence sur la capacité de travail. La capacité à exercer l'activité habituelle était nulle, celle à exercer une activité adaptée était soit de 100%, soit de 75%, dans les deux cas dès le 1^{er} février 2019 ;
 - un rapport du Dr C_____ du 11 avril 2019 estimant qu'un travail adapté de type bureau ou réception pouvait être accompli à temps plein, moyennant des pauses supplémentaires de 10 minutes toutes les heures ;
 - un rapport des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 2 septembre 2019, établi suite à un stage d'évaluation ordonné par l'assurance-chômage, concluant que l'assuré était éloigné du marché du travail en raison de problématiques socioprofessionnelles et de santé et qu'un travail manuel léger, non répétitif, sans travaux délicats ou fins, en position assise, devait être privilégié ;

- un certificat médical du 12 décembre 2019 du docteur D_____, médecin praticien et généraliste de l'assuré, mentionnant que son état de santé ne lui permettait plus de travailler ;
- un rapport du Dr C_____ du 23 janvier 2020, indiquant qu'il était difficile d'apprécier la capacité de l'assuré à exercer une activité adaptée et suggérant un séjour d'observation ou une expertise ;
- un rapport du Dr D_____ du 22 février 2020 faisant état d'une brachialgie et d'une sciatalgie droites ; l'assuré ne pouvait pas porter de charges lourdes, mais pouvait exercer une activité professionnelle adaptée, dont le taux pouvait être fixé en fonction du nouveau métier ;
- un rapport du 13 février 2020 du docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, mentionnant que l'assuré présentait des douleurs très diffuses avec une prédominance au membre inférieur droit sans trajet systématisé ; à l'examen, la mobilisation lombaire et cervicale déclenchait des douleurs ; l'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire montrait des séquelles de la maladie de Scheuermann, des discopathies étagées avec hernie discale L2-L3 gauche et L5-S1 droite avec conflit sur la racine S1, en accord possible avec la symptomatologie ; l'IRM cervicale ne montrait ni rétrécissement du canal rachidien, ni contrainte radiculaire, ni myélopathie ; l'électromyogramme du 4 février 2020 était normal aux membres supérieurs et ne montrait aucune anomalie sensitive ou motrice au membre inférieur droit.

c. Reçu le 8 avril 2019 par la division réadaptation professionnelle de l'OAI, l'assuré a allégué qu'une reprise serait très difficile en raison des nombreuses limitations rencontrées et des douleurs.

d. Le 26 mars 2020, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a estimé que l'assuré était apte à exercer à 100% une activité adaptée depuis le 4 décembre 2018, date de l'expertise du Dr B_____.

e. Le 26 mars 2020, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il envisageait de reconnaître une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle dès le 25 juillet 2018 et une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 4 décembre 2018. La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutissait à une perte de gain de 14%, insuffisante pour ouvrir droit à une rente. Des mesures professionnelles n'étaient par ailleurs pas indiquées, les conditions d'octroi n'étant pas réunies.

f. Le 28 avril 2020, l'assuré a contesté ce projet.

g. Dans le délai complémentaire qui lui avait été accordé pour produire d'autres documents, l'assuré a précisé que, selon son médecin-traitant, il n'existait aucun travail adapté à son état de santé, ni assis, ni debout. Il estimait son incapacité de travail à 80% au moins. Il a produit plusieurs rapports médicaux, dont un certificat

du Dr D_____ du 23 avril 2020, faisant état d'une aggravation progressive des discopathies multi-étagées, cervicales et lombaires. Il avait des douleurs au niveau du membre supérieur droit, du rachis cervical jusqu'à la main, des douleurs du membre inférieur gauche de type névralgies avec irradiation de la douleur tout le long du membre en rapport avec la pathologie dégénérative du rachis lombaire, des douleurs à la marche au niveau du genou et du pied gauches, ainsi que des douleurs au pied droit et une talalgie droite. Une activité adaptée devrait exclure le port ponctuel de charges supérieures à 10 kg, le port régulier de charges supérieures à 5 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et devrait permettre l'alternance des positions assise et debout une fois par heure. Le médecin suggérait une expertise pour évaluer le taux d'incapacité. A également été produite une lettre du Dr E_____ du 18 février 2020, mentionnant des résultats d'examen discordants et une mobilisation cervicale spontanée donnant des rotations normales, ce qui s'opposait à un acte chirurgical.

h. Par décision du 14 mai 2020, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

i. Le recours interjeté par l'assuré contre cette décision a été jugé irrecevable pour cause de tardiveté (cf. arrêt du 29 octobre 2020 de la Cour de céans [ATAS/1024/2020]).

C. a. Le 1^{er} mars 2021, l'OAI a enregistré une nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré, accompagnée d'examen d'imagerie postérieurs à la décision du 14 mai 2020 faisant état de kystes rénaux d'aspect banal au niveau abdominal et d'une chondropathie fémoro-patellaire externe au niveau du genou gauche, d'une fusion C1-C2, d'une dysmorphie C3, d'une arthrose postérieure C2-C3 et de discopathies C5-C6 et C6-C7, ainsi que de productions osseuses possibles périarthropathie gléno-humérales et acromio-claviculaires droites.

b. Dans un rapport du 2 mars 2021, le Dr E_____ a indiqué que l'examen faisait apparaître plusieurs discordances et ne montrait pas de grosse anomalie. S'agissant du genou, la flexion-extension était normale et une infiltration n'était pas préconisée. Les lésions constatées sur les IRM cervicale et lombaire étaient de type dégénératif, assez bénignes. Le surpoids (118 kg) était à son avis le problème principal des difficultés de locomotion, de lombalgies et de douleurs des membres inférieurs. Il existait sans doute un élément anorganique assez important. Il fallait permettre à l'assuré de perdre du poids et de se replacer dans une dynamique positive pour « se bouger ».

c. Par décision du 10 janvier 2022, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande de prestations.

d. Dans le cadre du recours interjeté par l'assuré contre cette décision, le SMR a finalement admis une aggravation des troubles lombaires en raison de la présence d'un signe Modic 1 en L5-S1, ainsi que des nouvelles limitations fonctionnelles au vu d'une gonarthrose modérée bilatérale des compartiments internes et d'une

arthropathie acromio-claviculaire droite évoluée. Il a par ailleurs relevé qu'un examen électroneuromyographique réalisé le 11 avril 2022 ne montrait pas d'atteinte radiculaire aux membres inférieurs, en l'absence de signe de dénervation aigüe.

e. Par arrêt du 19 mai 2022, sur proposition de l'intimé, la Cour de céans a admis partiellement le recours, annulé la décision du 10 janvier 2022 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction de la nouvelle demande et nouvelle décision (ATAS/457/2022).

D. a. Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a recueilli un rapport du Dr E_____ du 5 juillet 2022. Il retenait, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail : des douleurs rachidiennes étagées en partie organiques (discopathies lombaires, Scheuermann, cervicarthrose) avec, apparemment, une forte majoration anorganique, et de l'obésité. Il avait vu l'assuré entre janvier 2020 et mars 2021 et ses plaintes étaient stables. Les limitations fonctionnelles consistaient en difficultés à la marche et à la station debout. La capacité à exercer l'activité habituelle était jugée nulle du fait que l'assuré n'avait plus travaillé depuis cinq ans et des plaintes multiples, dont une part notable ne paraissait pas d'origine organique. La capacité à exercer une activité adaptée était également nulle, vu la longue période sans travail d'un homme jeune, présentant une kinésiophobie et peut-être une sinistrose.

b. Dans un rapport du 1^{er} juillet 2022, le Dr D_____ a indiqué avoir délivré des arrêts de travail en faveur de l'assuré du 25 juillet 2018 au 31 juillet 2022 pour toutes les activités demandant des efforts physiques. L'assuré présentait des douleurs articulaires aux genoux et aux épaules, ainsi que des douleurs rachidiennes qui l'empêchaient de continuer sa profession de maçon. Une activité tenant compte de l'atteinte à la santé ne pouvait pas non plus être exercée et le pronostic d'une réadaptation était réservé, compte tenu de l'incapacité physique. L'obésité était jugée sans incidence sur la capacité de travail.

c. Le 14 septembre 2022, le Dr D_____ a précisé que l'assuré ne pouvait pas exercer une activité adaptée à son état de santé en raison de douleurs articulaires permanentes et de troubles de la marche. À titre de limitations, il a mentionné un handicap fonctionnel et l'impossibilité de porter des charges de plus de 5 kg.

d. Le SMR ayant indiqué ne pas pouvoir suivre les conclusions des médecins traitants concernant la capacité à exercer une activité adaptée, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire auprès des docteurs F_____ et G_____, spécialistes FMH en rhumatologie, respectivement en psychiatrie et psychothérapie.

Dans leur rapport du 3 mars 2023, les experts ont retenu que l'assuré présentait, sur le plan rhumatologique, une gonarthrose fémoro-patellaire bilatérale stabilisée, des troubles dégénératifs cervico-dorso-lombaires stabilisés, sans atteinte

radiculaire sciatique ou crurale, et des douleurs cervico-brachiales droites discordantes avec une franche limitation. Ces diagnostics entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port ponctuel de charges de 10 kg et celui, répété, de charges de 5 kg, les montées et descentes d'échelles ou d'échafaudages, la position agenouillée, la marche sur terrains accidentés, la surcharge du rachis, le travail du bras droit au-dessus de l'horizontale et alterner les positions assise et debout toutes les heures. Dans une activité tenant compte de ces limitations, la capacité de travail de l'assuré était entière depuis décembre 2018, avec une performance réduite de 10% en raison des atteintes dégénératives.

Sur le plan psychiatrique, l'assuré ne décrivait aucune limitation fonctionnelle concrète. Bien que se décrivant déprimé en raison de l'intensité de ses douleurs, il rapportait de nombreuses activités distractives et l'examen clinique ne retrouvait ni tristesse, ni ralentissement psychomoteur, ni troubles de la concentration, de l'attention ou de la mémoire, ni symptômes neurovégétatifs en faveur d'un état anxieux. Aucun des traitements annoncés comme ayant été pris depuis une année de manière régulière n'avait été détecté lors des analyses. Le descriptif de la journée-type, les données de l'examen clinique et la non-prise des traitements ne rendaient ni cohérente, ni plausible la moindre perte de fonctionnalité de nature psychiatrique. La capacité de travail était donc entière dans toute activité et depuis toujours sur le plan psychiatrique.

Consensuellement, les experts ont évalué la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle à 0% depuis juillet 2018 et à 90% dans une activité adaptée respectant le profil d'effort depuis septembre 2018. L'examen rhumatologique avait mis en évidence des discordances entre les plaintes de l'assuré et l'examen somatique, qui était tout à fait satisfaisant. Les troubles étaient de gravité légère.

e. S'appuyant sur cette expertise, le SMR a retenu que l'assuré était totalement incapable de travailler comme maçon depuis juillet 2018, mais qu'il avait recouvré dès septembre 2018 une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée respectant les limitations énoncées par l'expert rhumatologue.

f. Le 19 avril 2023, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il envisageait de lui nier le droit à toute prestation, au motif que la perte de gain, évaluée à 6.94% était insuffisante pour ouvrir droit à une rente et que d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

g. Le 3 mai 2023, l'assuré a contesté ce projet en produisant, notamment, des rapports du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, mentionnant que des orthèses rotuliennes et une ceinture lombaire lui avaient été prescrites en mars 2022 et qu'il avait bénéficié d'une infiltration cortisonique L5-S1 à gauche le 15 septembre 2022 afin de calmer les lombalgies chroniques avec lumbago aigu de type sciatgie à gauche. Des certificats du Dr D_____ des 3 et 10 mai 2023 relevaient que les douleurs permanentes l'empêchaient d'exercer une activité physique et que son

handicap devait être évalué, respectivement que son état s'était nettement aggravé et que son handicap fonctionnel était devenu très important.

h. Par décision du 30 mai 2023, l'OAI, après avoir consulté son SMR, a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

E. a. Par acte du 29 juin 2023, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en sollicitant, préalablement, l'audition des Drs D_____ et H_____ et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire orthopédique, rhumatologique et neurologique, principalement, l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2019, sous suite de dépens.

Le recourant produit les résultats d'un scanner du rachis et scapulaire réalisé le 23 mai 2023, concluant à une importante arthrose cervicale moyenne et lombaire basse, à une hernie sous ligamentaire L4-L5, à une sténose canalaire lombosacrée et à l'absence de lésion de l'épaule gauche.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 27 juillet 2023, a conclu au rejet du recours. Il soutient que les conditions d'octroi de mesures professionnelles ne sont pas remplies et fait remarquer que le recourant n'en a d'ailleurs pas demandé, puisqu'il s'estime incapable de travailler et sollicite l'octroi d'une rente.

c. Par écriture du 4 septembre 2023, le recourant a complété son recours et ses conclusions en demandant la mise en œuvre d'une observation professionnelle judiciaire afin de déterminer si une activité adaptée est possible sur le marché ordinaire de l'emploi et, le cas échéant, quelle serait sa capacité à exercer une telle activité, quelles sont ses limitations fonctionnelles et son rendement.

Le recourant se plaint d'une instruction lacunaire. Selon lui, l'expertise ne se prononce pas de façon probante sur sa capacité de travail et son rendement dans une activité adaptée, cette dernière n'étant même pas décrite. Une réduction de seulement 10% de sa capacité de travail serait incompréhensible au vu de ses importantes limitations fonctionnelles.

Il ajoute que le revenu sans invalidité retenu est inférieur à celui pris en considération dans la décision du 14 mai 2020, alors qu'il n'a pas travaillé dans l'intervalle.

Il conteste par ailleurs qu'une activité adaptée à ses limitations existe sur le marché ordinaire de l'emploi, ainsi que le taux auquel il pourrait l'exercer. Il demande que soit prise en compte une diminution de rendement et un abattement sur le salaire statistique. Il fait valoir qu'après correction et prise en considération d'un taux d'activité de 50% au maximum et d'un abattement de 25%, le degré d'invalidité s'élèverait à 64%.

d. Par écriture du 17 octobre 2023, l'intimé a fait valoir qu'il n'appartient pas aux experts de se prononcer sur un éventuel abattement supplémentaire et d'indiquer les domaines d'activités possibles.

Il fait remarquer que l'expert rhumatologue a retenu une baisse de rendement de 10% en raison des atteintes dégénératives du rachis, réduisant ainsi à 90% la capacité de travail du recourant dans une activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du dos.

Il souligne que l'expert a relevé de nombreuses autolimitations et une attitude de kinésiophobie parasitant les résultats, comportement déjà observé par d'autres médecins. Or, le Tribunal fédéral a maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations en cas d'exagération des symptômes ou de constellation semblable.

Il argue qu'aucun abattement supplémentaire ne se justifie, puisque l'expert a déjà retenu une diminution de rendement de 10% et que les limitations fonctionnelles du recourant consistent principalement en une activité légère avec épargne du rachis.

Quant au revenu sans invalidité, il a été correctement établi, sur la base de celui réalisé en 2017, avant l'atteinte à la santé.

Enfin, des mesures d'ordre professionnel seraient vouées à l'échec, le recourant se considérant de longue date incapable d'exercer la moindre activité.

e. Interrogés par la Cour de céans après consultation des parties, les Drs H_____ et D_____ ont répondu par écrit aux questions qui leur ont été posées.

Le 3 juin 2024, le Dr H_____ a exposé qu'il suivait le recourant depuis 2020 et qu'une aponévrosite plantaire bilatérale évoluant par crises et une obésité doivent être prises en considération à titre d'autres diagnostics limitant la capacité de travail, la seconde en tant que facteur majeur de l'aggravation récente des troubles ostéoarticulaires. Il dit être pleinement d'accord avec les limitations fonctionnelles énoncées par l'expert et avec ses conclusions concernant l'incapacité totale à exercer l'activité habituelle. Il estime pour sa part la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à plus de 10%, plutôt entre 25% et 50%, correspondant à la capacité effective en temps et en rendement dans une telle activité. Le médecin suggère que, d'un point de vue purement pratique, avec sa corpulence, la barrière de la langue et ses difficultés à se déplacer, le recourant devrait pouvoir bénéficier d'une réadaptation, telle que pratiquée par l'assurance-accidents, pour l'observer et comprendre au mieux ses handicaps somatiques et psychosomatiques.

Le Dr D_____, quant à lui, a répondu le 22 juin 2024, qu'il suit le recourant depuis juillet 2018 et que celui-ci souffre aussi de troubles digestifs (présence d'un

Helicobacter pylori ayant nécessité plusieurs traitements successifs), de troubles de l'appareil urinaire, de kystes rénaux et d'infections urinaires à répétition, d'une intolérance au lactose, d'obésité et d'une hypercalcémie entraînant des troubles du rythme cardiaque et des troubles intestinaux (suspicion d'une hypercalcémie néoplasique). Le médecin évoque aussi une tendance dépressive avec des insomnies et des idées noires. Des troubles de l'équilibre et un manque de concentration ont été mentionnés en tant que limitations fonctionnelles complémentaires. Selon le médecin, une activité physique est impossible.

f. Par écriture du 4 juillet 2024, le recourant a fait valoir que les troubles de l'équilibre n'ont pas été pris en compte par les experts, alors que les troubles de la concentration ont été écartés du tableau psychiatrique au motif que l'examen clinique ne les a pas mis en évidence, sans qu'aucun examen permettant de les faire apparaître ait été effectué par l'expert. Selon lui, il existe une nette discordance entre les conclusions du Dr H_____, spécialiste en orthopédie traumatologique, et les experts concernant sa capacité de travail, le premier suggérant une observation médicale, ce qui va dans le même sens que les mesures d'instruction qu'il sollicite.

g. Par écriture du 19 juillet 2024, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il produit un avis du SMR du 8 juillet 2024 mentionnant que les multiples atteintes énoncées par le Dr D_____ sont anciennes et n'ont pas été qualifiées de durablement incapacitantes auparavant. Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a retenu aucune atteinte et, sur le plan neurologique, les examens spécialisés pratiqués ne font pas non plus état de déficits. Quant à l'atteinte néoplasique, si elle venait à se confirmer et à justifier une prise en charge spécialisée ainsi qu'une incapacité de travail, il pourrait s'agir d'un nouveau diagnostic, mais qui serait postérieur à la décision entreprise. Concernant l'aponévrosite plantaire mentionnée par le Dr H_____, l'expertise n'a retenu qu'un diagnostic de pied plat de stade 1 bilatéral non incapacitant, au vu du status clinique objectif. L'appréciation que fait l'orthopédiste traitant de la capacité de travail du recourant est par ailleurs approximative, avec une fourchette très large située entre 25% et 50%, et il se dit au surplus tout à fait confiant quant à l'analyse de tous les aspects médicaux appréhendés par l'expert, ainsi qu'en accord avec les limitations fonctionnelles retenues. Il fait ainsi simplement une évaluation différente d'un même état de fait.

h. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement à une rente d'invalidité et/ou à des mesures d'ordre professionnel.

3.

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

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

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée en mars 2021 et le délai d'attente d'une année étant déjà échu avant l'entrée en vigueur du nouveau droit, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait en septembre 2021, soit antérieurement au 1^{er} janvier 2022 (*cf.* art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI). Les dispositions applicables seront par conséquent citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3.2 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, 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).

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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

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

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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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).

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 ; 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

3.4 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

4.

4.1 En l'espèce, il sied en premier lieu d'examiner la force probante de l'expertise du 3 mars 2023, contestée par le recourant.

Ce dernier fait en particulier valoir que l'expertise souffre d'un défaut de motivation s'agissant de la baisse de rendement et de la capacité de travail retenues – 90% dans une activité adaptée –, taux difficilement compréhensible selon lui, vu ses nombreuses limitations concernant notamment le port de charges, la marche et les mouvements du bras droit. Il reproche en outre aux experts de ne pas avoir décrit de domaine professionnel adapté à son état de santé et estime que les réponses des Drs H_____ et D_____ aux questions de la Cour de céans sont en complète discordance avec les conclusions de l'expertise, remettant ces dernières en cause.

4.2 Le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme que l'expertise n'est pas motivée et est lacunaire. Les évaluations rhumatologique et psychiatrique réalisées sont au contraire fondées sur toutes les pièces du dossier, y compris des documents médicaux complémentaires fournis par ses soins, comprennent une anamnèse, la description de ses plaintes et d'une journée-type, un examen

clinique, des diagnostics et des limitations fonctionnelles clairs, ainsi qu'une appréciation convaincante de la capacité de travail.

Les passages que le recourant cite dans son écriture du 4 septembre 2023, en se prévalant de ce qu'ils ne sont pas motivés, ne sont que des extraits isolés de l'expertise et synthétisent les propos développés plus amplement dans la partie afférente à l'évaluation médicale. Ainsi, sur le plan rhumatologique, bien que les plaintes émises, essentiellement au niveau des genoux, du rachis cervical, des lombaires et du membre supérieur droit, soient importantes et soient en relation avec des atteintes avérées, l'expert a exposé de manière convaincante qu'elles n'étaient pas cohérentes et plausibles, au vu des résultats satisfaisants de l'examen somatique. Il a dès lors retenu des discordances dans les plaintes du recourant et un degré léger de gravité des troubles, tout en admettant plusieurs limitations fonctionnelles liées au besoin d'épargne des membres atteints.

Ni les résultats de l'examen somatique, ni l'existence d'une majoration des plaintes ne sont remis en cause par les médecins traitants, le Dr E_____, rhumatologue, ayant lui aussi fait une observation similaire (*cf.* ses rapports des 18 février 2020 et 2 mars 2021). Les limitations fonctionnelles d'ordre ostéoarticulaire énoncées ne sont par ailleurs pas expressément contestées, le Dr H_____ ayant au contraire indiqué s'y rallier. La conclusion consensuelle des experts concernant la capacité de travail du recourant de 90% dans une activité adaptée est en outre expliquée par le fait que l'expert rhumatologue a admis une baisse de rendement de 10% en raison des atteintes dégénératives, lesquelles impliquent une baisse de la performance durant le temps de présence admissible de 8h30 par jour, alors qu'aucune atteinte psychiatrique n'est reconnue.

Il sied par ailleurs de constater que l'extrait de l'expertise cité par le recourant, selon lequel sa performance est non réduite, concerne uniquement l'aspect psychiatrique et est donc en parfaite adéquation avec l'évaluation de l'expert ne retenant aucune atteinte sur ce plan. Aucun autre élément du dossier ne permet en outre de remettre en cause les conclusions de l'expert psychiatre, l'évocation, par le médecin généraliste, d'un manque de concentration et d'une tendance dépressive avec des insomnies et des idées noires étant manifestement insuffisante à jeter le doute sur l'appréciation faite par le spécialiste, sur la base d'un entretien approfondi, d'un examen clinique, de la prise en compte d'une journée-type et d'une analyse de la cohérence et de la plausibilité. À ce titre, le Dr G_____ a en particulier relevé que le recourant ne décrivait aucune limitation fonctionnelle de nature psychiatrique, se plaignant de difficultés physiques et se disant dépressif à cause de l'intensité des douleurs, tout en rapportant de nombreuses activités distrayantes. L'examen clinique ne retrouvait aucun signe de la lignée dépressive ou anxieuse, ni ne mettait en évidence un trouble de la concentration, de l'attention ou de la mémoire, les deux premières facultés ayant été jugées « stables et de très bonne qualité ». Ces éléments, associés au fait que les examens sanguins

ne retrouvaient pas de traces des traitements psychiatriques affirmés être pris depuis une année, ne rendaient ni cohérente ni plausible toute perte de fonctionnalité qui serait de nature psychiatrique. Une telle appréciation apparaît convaincante et la critique tirée de l'absence d'un examen neuropsychologique tombe à faux, une atteinte sur ce plan-là n'ayant pas été objectivée par l'expert.

Au vu de ce qui précède, il faut reconnaître que les conclusions de l'expertise du 3 mars 2023 ne souffrent d'aucun défaut de motivation, tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique.

4.3 S'agissant du reproche de l'absence de description, par les experts, d'une activité professionnelle concrète adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, il sied de rappeler que la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Sur la base de ces informations, les services de réadaptation professionnelle déterminent concrètement quels travaux on peut encore raisonnablement exiger (arrêt du Tribunal fédéral 9C_484/2016 du 10 février 2017 consid. 4.2.1 et les références). Ainsi, selon une jurisprudence constante, l'évaluation des activités adaptées aux limitations fonctionnelles est du ressort de l'administration, qui doit éventuellement faire appel à des spécialistes tels que des conseillers professionnels, et non du médecin, à qui il incombe en premier lieu de déterminer lesdites limitations fonctionnelles (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 107 V 17 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_545/2012 du 25 janvier 2013 consid. 3.2.1).

Le grief est, partant, mal fondé.

4.4 Enfin, les prises de position des Drs D_____ et H_____ émises au cours de la procédure de recours ne sauraient remettre en question les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du 3 mars 2023.

S'agissant des réponses du médecin généraliste, il sied de constater qu'elles sont non seulement vagues et peu informatives, mais qu'elles sont au surplus muettes quant à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, ledit médecin se contentant d'affirmer qu'une activité physique est impossible, ce qui n'a jamais été litigieux. Les différentes atteintes qu'il cite à titre de diagnostics limitant la capacité de travail semblent par ailleurs être la liste de toutes les pathologies affectant le recourant, sans distinction de leur réel impact sur la capacité de travail (mention, par exemple, d'une intolérance au lactose), pour certaines déjà établies précédemment (kystes rénaux) et n'ayant jusqu'alors pas été jugées incapacitantes. Comme le fait par ailleurs valoir le SMR, si l'hypercalcémie néoplasique – seulement suspectée en juin 2024 et jamais évoquée avant le prononcé de la décision litigieuse – venait à se concrétiser, il s'agirait d'une atteinte nouvelle pouvant, le cas échéant, justifier une nouvelle demande de prestations. En l'état, celle-ci ne peut être prise en considération dans le cadre de l'examen de la légalité de la décision du 30 mai 2023. Quant aux troubles de l'équilibre mentionnés par le

Dr D_____, *a priori* en tant que limitations fonctionnelles, ils ne peuvent être admis sans autre analyse spécifique, les examens neurologiques versés au dossier ne faisant au contraire état d'aucune anomalie à cet égard (*cf.* rapports d'électroneuromyographies des 4 février 2020 et 11 avril 2022). Le manque de concentration évoqué par ce médecin, qui n'est d'ailleurs pas qualifié de trouble de la concentration, n'a de surcroît pas été objectivé par le Dr G_____, comme déjà relevé. Il en va de même de la tendance dépressive.

Concernant le Dr H_____, celui-ci a indiqué qu'une aponévrosite plantaire bilatérale évoluant par crises et l'obésité du recourant, aggravant les troubles ostéoarticulaires, devaient aussi être prises en considération en tant que diagnostics impactant la capacité de travail. Il a au surplus mentionné être d'accord avec les limitations fonctionnelles retenues dans l'expertise, mais estimer la capacité de travail du recourant effective en temps et en rendement dans une activité adaptée entre 25% et 50%. S'agissant de l'aponévrosite plantaire, il sied de constater que la présence de talalgies est ancienne et a été jugée non incapacitante non seulement par l'expert mandaté par l'assurance perte de gain, mais aussi par le Dr I_____, celui-ci relevant que la palpation du pied était insensible et que le recourant avait pu marcher sur la pointe des pieds et les talons lors de l'examen clinique. Le diagnostic de pied plat de stade 1 non incapacitant a donc été retenu dans le rapport d'expertise. Concernant l'obésité, mentionnée dès le début du dossier, son analyse en tant que diagnostic incapacitant ou non varie en fonction du rapport médical en cause sans que les médecins l'ayant jugée telle ne décrivent précisément son incidence fonctionnelle sur la capacité de travail. Le constat du facteur aggravant de l'obésité sur les troubles ostéoarticulaires, souligné par le Dr H_____, est d'ailleurs partagé par d'autres médecins traitants, notamment le Dr E_____, dont le rapport du 2 mars 2021 était connu de l'expert rhumatologue. Ainsi, dans la mesure où le Dr H_____ ne fait pas état d'autres limitations fonctionnelles que celles retenues par l'expert, le fait de savoir si l'obésité doit être classifiée en tant que diagnostic incapacitant, ou s'il s'agit uniquement d'un facteur aggravant des troubles ostéoarticulaires, est sans portée. En définitive, il apparaît que l'orthopédiste traitant ne fait pas état de diagnostics différentiels ou de limitations qui auraient été oubliés par l'expert, mais apprécie uniquement de manière différente la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Son évaluation à ce propos est cependant peu précise, une large fourchette entre 25% et 50% étant retenue, et fait référence à des facteurs extra-médicaux ou psychosociaux (barrière de la langue, corpulence, capacité à se déplacer), qui ne doivent pas être pris en considération par l'assurance-invalidité (*cf.* à ce propos, voir notamment l'ATF 127 V 294 consid. 5).

Compte tenu, du reste, de la divergence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise et de la force probante accrue accordée à une expertise en l'absence d'éléments objectifs permettant de remettre en causes ses conclusions

(cf. consid. 3.3 ci-dessus), l'évaluation de la capacité de travail faite par les experts doit être confirmée.

Plus globalement, il sied en outre de relever que les conclusions de l'expertise bidisciplinaire se recourent largement avec celles de l'expertise mise sur pied par l'assurance perte de gain en 2018 et sont également proches des avis émis par plusieurs médecins traitants lors de l'instruction de la première demande de prestations, tant concernant les empêchements fonctionnels que la capacité de travail dans une activité sédentaire, alors jugée possible. Les médecins du recourant n'établissent par ailleurs pas clairement pour quelles raisons médicales ils ont ensuite évalué différemment sa capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr E._____ faisant, au contraire, valoir des motifs extra-médicaux (cf. rapport du 5 juillet 2022 mentionnant la longue période d'inactivité du recourant, une kinésiophobie, voire une sinistrose).

Au surplus, la nouvelle pièce médicale produite par le recourant au cours de la procédure de recours (scanner du 23 mai 2023) ne met pas en évidence de nouveaux troubles, mais évoque ceux déjà pris en considération par l'intimé dans le cadre de l'instruction de la demande. Elle n'est par conséquent pas déterminante pour l'issue du litige.

4.5 Compte tenu de ce qui précède, une pleine valeur probante peut être accordée à l'expertise bidisciplinaire du 3 mars 2023 et le grief tiré d'une instruction lacunaire du cas doit être rejeté.

Les mesures d'instruction sollicitées par le recourant (mise en œuvre d'une expertise judiciaire et d'une observation professionnelle) doivent ainsi être rejetées, par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références).

5.

5.1 Dans un second moyen, le recourant se prévaut de ce que l'intimé a mal évalué son invalidité, celle-ci ayant été fixée à un taux plus bas que dans la décision du 14 mai 2020, alors que, dans l'intervalle, son état de santé s'est aggravé. Le revenu sans invalidité pris en considération est également plus bas lors du second calcul et l'intimé n'aurait, à tort, retenu aucun abattement supplémentaire sur le salaire avec invalidité.

5.2 Concernant les règles d'évaluation de l'invalidité, il convient de souligner ce qui suit.

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 16 LPGA).

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).

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

Le salaire réalisé en dernier lieu comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires, la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants. À cet effet, on se fondera en principe sur les renseignements fournis par l'employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_434/2023 du 30 novembre 2023 consid. 3 et la référence).

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

médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (*cf.* arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'il n'existe pas de motifs sérieux et objectifs justifiant une modification de sa jurisprudence relative à l'application des ESS dans le cadre de la détermination du degré d'invalidité des assurés (ATF 148 V 174).

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

Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a

adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

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^{er} mars 2023 consid. 7.2.3 et les références).

Les limitations fonctionnelles justifiant une diminution de rendement déjà prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail n'ont par ailleurs pas à être retenues une seconde fois lors de la détermination de l'abattement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_778/2020 du 27 août 2021 consid. 6 et la référence).

En outre, 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).

5.6 Le salaire fondé sur l'ESS doit encore 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).

Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (*cf.* ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

5.7 En l'occurrence, le fait que l'invalidité ait été fixée à 14% dans la décision du 14 mai 2020, respectivement à 7% dans la décision querellée, alors que l'état de santé du recourant se serait péjoré dans l'intervalle, n'est pas suffisant pour retenir une évaluation contraire au droit.

D'une part, la notion d'invalidité en droit des assurances sociales est une notion économique et déterminer son taux est une opération mathématique consistant à chiffrer la perte de gain, laquelle est tributaire de certaines données statistiques pouvant varier au fil du temps lorsque, comme en l'espèce, la personne assurée n'a pas repris d'emploi après son atteinte à la santé. Ainsi, en l'occurrence, le revenu final avec invalidité pris en considération en 2023 était légèrement plus élevé que

celui retenu en 2020, en fonction de l'actualisation des paramètres de calcul, qui ne sont pas remis en cause par le recourant.

D'autre part, l'intimé était fondé à revoir la question de l'abattement et à s'écarter du taux de 10% accordé en 2020 en raison des limitations fonctionnelles, sur le vu des résultats de l'expertise mise en œuvre, aboutissant à la conclusion d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, mais avec une diminution de rendement de 10%.

En effet, selon la jurisprudence, les limitations fonctionnelles justifiant une diminution de rendement déjà prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail n'ont pas à être retenues une seconde fois lors de la détermination de l'abattement. Dans le même ordre d'idée, lorsqu'une personne assurée est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est déjà prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (*cf. consid. 5.5 supra*).

Il n'existe par ailleurs pas d'autres facteurs qui pourraient justifier, aux yeux de la Cour de céans, un abattement du salaire avec invalidité dans le cas concret. Bien qu'il invoque le critère de la nationalité, le recourant ne développe aucune argumentation à ce propos. Or, un potentiel désavantage salarial doit être étayé concrètement (ATF 146 V 16). Le recourant dispose au surplus d'une autorisation d'établissement qui lui a permis, durant près de dix ans, de travailler dans le gros œuvre et de percevoir les salaires fixés par la convention collective de travail. Au vu des activités simples du niveau de compétence 1, fondant dans le cas d'espèce le revenu avec invalidité, on ne peut affirmer que ses perspectives de gain sont moindres que celles d'un travailleur ayant la nationalité suisse (en ce sens, voir notamment arrêt du Tribunal fédéral 8C_454/2023 du 19 décembre 2023 consid. 5.4 et les références).

S'agissant enfin du salaire sans invalidité, il appert que celui retenu en 2020 lors de la première décision était plus élevé car il avait été établi sur la base du revenu perçu en 2016 au lieu de l'année 2017, précédant pourtant l'atteinte à la santé. L'inflation entre 2016 et le moment alors déterminant pour l'éventuelle naissance du droit à la rente était en outre plus forte. Dans la mesure où le revenu pris en considération par l'intimé dans sa nouvelle décision du 30 mai 2023 correspond au salaire effectivement perçu par le recourant en 2017 selon l'extrait de son compte individuel, soit CHF 65'537.-, celui-ci n'est pas critiquable.

5.8 Le recourant ne se prévaut par ailleurs pas d'autres éléments erronés dans le calcul de l'invalidité. Même à corriger d'office certaines données, le résultat de la comparaison des revenus aboutit toujours à un degré d'invalidité inférieur à 40%, ne lui permettant pas d'obtenir une rente d'invalidité.

En tenant en effet compte de l'indexation du revenu sans invalidité entre 2017 et 2021, année ici déterminante de l'ouverture potentielle du droit à la rente, celui-ci

se monterait à CHF 66'913.-. Quant au revenu avec invalidité fondé sur les statistiques, sachant qu'il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée, soit en l'occurrence aux données 2020 publiées en août 2022, il se monte à CHF 5'261.- par mois pour un homme et un niveau de compétence 1, toutes professions confondues. Après adaptation à l'horaire habituel de travail et prise en compte de la variation de l'indice des salaires nominaux, il en résulte un revenu annuel de CHF 65'701.-, respectivement de CHF 59'131.- au vu du taux d'activité pouvant être réalisé par le recourant (100% avec une baisse de rendement de 10%). La comparaison des revenus aboutit ainsi à une invalidité de 11.63%, arrondie à 12%, insuffisante pour prétendre à une rente d'invalidité.

6.

6.1 Le recourant fait encore valoir qu'aucune activité professionnelle ne lui serait accessible dans le marché ordinaire de l'emploi.

6.2 Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (*cf.* RCC 1991 p. 329 ; RCC 1989 p. 328 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (*cf.* art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui

des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

Selon la jurisprudence, il n'est de loin pas irréaliste d'escompter l'existence d'une activité permettant l'alternance des positions et prohibant le port de charges, l'utilisation répétitive et les mouvements au-dessus de l'horizontale du bras, les déplacements sur des longues distances, ainsi que les travaux en porte-à-faux (arrêt du Tribunal fédéral 9C_70/2010 du 9 août 2010 consid. 5.3).

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a par ailleurs jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées à ses limitations et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

6.3 En l'espèce, les limitations fonctionnelles retenues de manière convaincante dans l'expertise du 3 mars 2023 proscrivent les activités physiques, mais sont compatibles avec les activités sédentaires permettant l'alternance des positions. Il faut convenir que de telles limitations ne rendent pas illusoires les perspectives de gain du recourant sur un marché équilibré du travail, qui contient, d'après la jurisprudence fédérale, un nombre significatif d'activités simples de vérification ou de contrôle permettant l'alternance des positions (*cf.* entre autres, arrêts du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4, 9C_707/2008 du 7 août 2009 consid. 3, 9C_70/2010 du 9 août 2010 consid. 5.3, 9C_323/2024 du 25 novembre 2024 consid. 4.2).

Le grief doit donc être rejeté.

7.

7.1 En dernier lieu, le recourant se prévaut de ce qu'il aurait le droit à des mesures d'ordre professionnel compte tenu de son invalidité et du fait qu'il ne peut plus exercer sa profession de maçon.

7.2 L'art. 15 LAI dispose que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession, ou l'exercice de son activité antérieure, a droit à l'orientation professionnelle. L'objectif de cette mesure est que, grâce au soutien qui leur est offert à travers l'orientation professionnelle, les personnes assurées identifient des formations qui correspondent à leur âge, leur niveau de développement, leurs aptitudes et leurs intérêts, et qu'elles sont en mesure de suivre. Sont concernées les personnes assurées sur le point de suivre une formation professionnelle ou

limitées dans le choix professionnel en raison de leur invalidité et ayant par conséquent besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Office fédéral des assurances sociales, Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle de l'AI [CMRPr], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état au 1^{er} janvier 2025, ch. 10.1). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

Selon l'art. 17 al. 1 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. D'après la jurisprudence, une telle mesure ne peut être accordée que si le degré d'invalidité dépasse le seuil de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 et la référence).

Selon l'art. 18 LAI, l'assuré en incapacité de travail (art. 6 LPG) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien pour rechercher un emploi approprié ou, s'il en a déjà un, pour le conserver (al. 1). L'assurance peut accorder à l'assuré un placement à l'essai de 180 jours au plus afin de vérifier qu'il possède les capacités nécessaires pour intégrer le marché de l'emploi (art. 18a al. 1 LAI). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt du Tribunal fédéral I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, *in* VSI 2003 p. 74).

C'est le lieu de rappeler par ailleurs que le droit à une mesure de réadaptation présuppose 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 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).

7.3 En l'occurrence, seule une mesure d'orientation professionnelle pourrait éventuellement entrer en considération, compte tenu du degré d'invalidité du recourant largement inférieur à 20% ne lui permettant pas de requérir un reclassement et au vu de la nature de ses limitations fonctionnelles, proscrivant une activité physique, mais ne l'entravant pas spécifiquement dans la recherche d'un emploi.

Cela étant, à supposer que l'invalidité du recourant l'empêche réellement de choisir une profession adaptée et que les conditions spécifiques de l'art. 15 LAI soient remplies, il apparaît aussi qu'il ne dispose pas de la motivation nécessaire à suivre une telle mesure. Il ressort en effet des éléments du dossier que le recourant a exprimé de façon constante un fort scepticisme face à une reprise professionnelle, étant centré sur sa douleur et ses difficultés, et sollicitant l'octroi d'une rente. Cela a notamment été relevé dans le rapport d'intervention précoce de la division réadaptation professionnelle du 22 mai 2019 ou, plus récemment, dans les entretiens d'expertise, le recourant mentionnant aux experts qu'il ne pourra pas retravailler au vu de son état de santé et qu'il demande une rente. Les diverses observations formulées par le recourant dans le cadre des procédures d'audition démontrent elles aussi qu'il est centré sur la douleur et s'estime totalement incapable de retravailler.

Dans ces circonstances, le refus de mesures d'ordre professionnel ne peut qu'être confirmé.

- 8.** Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 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. Renonce à percevoir un 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

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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