RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/239/2021 **ATAS/660/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 juillet 2022

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE recourant

contre

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

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1971, originaire du Portugal, sans formation professionnelle, est établi en Suisse depuis 1991. Il a exercé diverses activités professionnelles, notamment comme ouvrier dans les vignes, jardinier paysagiste, puis manœuvre monteur d'échafaudages.

b. Le 11 octobre 2000, l'assuré, en arrêt de travail depuis le mois de mai 2000 en raison de douleurs dorsales et lombaires, a déposé une première demande d'invalidité.

c. L'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) lui a accordé une mesure d'observation professionnelle du 6 mai au 30 novembre 2002, puis un reclassement professionnel, soit une formation pratique de monteur en assortiment électronique, du 1er décembre 2002 au 31 juillet 2003.

d. Par avis du 13 décembre 2004, le service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a considéré que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans un poste léger tenant compte des lombalgies et d'une atteinte aux genoux, et qu'il pouvait y avoir, selon les contraintes, une baisse de rendement de 25 %.

e. Par décision du 10 février 2005, l'OAI a nié le droit de l'intéressé à une rente, motif pris que le degré d'invalidité de 24 % était insuffisant.

f. À partir du mois de juillet 2005, l'assuré a travaillé pour différents employeurs, notamment en qualité d'aide-câbleur et d'aide-monteur électricien, et a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage.

B. **a.** Le 22 mai 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI en raison d'un syndrome fémoro-patellaire bilatéral.

b. Par décision du 7 septembre 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière, l'intéressé n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis février 2005.

c. À partir du 1er septembre 2015, l'assuré a été engagé par B_____ (ci-après : l'employeur) en qualité d'aide-monteur électricien.

C. **a.** Le 18 septembre 2019, l'OAI a enregistré une troisième demande de prestations de la part de l'assuré.

b. L'OAI est entré en matière et a procédé à l'instruction du dossier. Dans ce cadre, il a reçu de nombreux documents, dont des rapports radiologiques, des rapports du 27 septembre 2019 du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, du 30 septembre 2019 du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et du 28 novembre 2019 du docteur E_____, médecin-conseil de l'assureur perte de gain.

c. Par avis du 7 janvier 2020, le SMR a estimé que l'intéressé était incapable d'exercer son activité habituelle depuis le 22 mai 2019 en raison d'une

gonarthrose bilatérale et de troubles dégénératifs et statiques du rachis lombaire, mais qu'il demeurait apte à travailler à temps plein et sans baisse de rendement dans un métier adapté dès le 13 septembre 2019.

d. L'OAI a mis en œuvre diverses mesures, dont un cours au sein de l'œuvre suisse d'entraide ouvrière (ci-après : OSEO) du 13 janvier au 22 mars 2020, puis une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 27 juillet au 23 août 2020.

e. Le 15 juin 2020, l'assuré s'est inscrit auprès de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) et un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert du 15 juin 2020 au 31 août 2022.

f. Le 19 novembre 2020, l'OAI a informé l'intéressé qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente, la comparaison des salaires avec et sans invalidité ne laissant apparaître aucune diminution de revenus.

g. Par courrier du 8 décembre 2020, l'assuré a contesté cette position, soulignant que ses problèmes de genoux pouvaient l'empêcher de marcher.

Il a produit un rapport du 8 décembre 2020 du Dr C_____ et un rapport du 1er décembre 2020 des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

h. Par avis du 21 décembre 2020, le SMR a maintenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité simple et sédentaire, mais admis qu'il convenait de tenir compte d'une diminution de rendement de 25 % comme cela avait déjà été le cas en 2004.

i. Par décision du 18 janvier 2021, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, la comparaison des revenus avec et sans invalidité, soit CHF 51'252.-, respectivement CHF 46'065.-, ne révélant aucune perte de gain.

D. **a.** Par acte du 20 janvier 2021, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, faisant valoir que ses problèmes de santé ne lui permettaient pas de travailler.

b. Le 22 février 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, rappelant notamment que le rapport des EPI avait conclu qu'une activité dans le domaine de l'industrie légère et du conditionnement était exigible. Le recourant n'avait pas établi en quoi des activités simples ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues.

c. Par écriture du 8 mars 2021, le recourant a soutenu que sa situation s'était aggravée, que des infiltrations aux deux genoux lui avaient été suggérées compte tenu des douleurs. Son médecin traitant considérait qu'il était en totale incapacité de travail et le chômage lui avait proposé d'être payé par la perte de gain. Les mesures octroyées par l'intimé étaient destinées à l'aider sur le plan psychologique, mais pas à trouver un métier adapté à ses problèmes de santé.

Il a notamment produit des certificats d'arrêt de travail et des rapports d'examen effectués entre juin 2020 et février 2021.

d. En date du 29 octobre 2021, le recourant a maintenu que son état de santé s'aggravait, qu'il avait des douleurs dans toutes les articulations et n'arrivait certains jours pas à sortir du lit. Ses médecins avaient trouvé que les troubles aux cervicales avaient provoqué des problèmes à l'épaule droite, qui commençaient à passer à gauche.

Il a joint plusieurs documents médicaux établis entre 2001 et le 28 octobre 2021.

e. Le 19 novembre 2021, l'intimé a maintenu ses conclusions et invoqué que le recourant se prévalait d'atteintes à la santé postérieures à la décision entreprise.

Il a produit un rapport du SMR du 8 novembre 2021, concluant que la discopathie cervicale et la tendinopathie avec bursite de l'épaule droite constituaient de nouvelles atteintes, étant rappelé que les documents antérieurs ne faisaient état d'aucune plainte cervicale, ni scapulaire.

f. Le 2 mars 2022, le recourant a rappelé que son état de santé s'aggravait chaque jour aux genoux, aux épaules, aux cervicales, aux coudes et aux bras.

Il a communiqué un rapport du 13 décembre 2021 d'un rhumatologue et un rapport du 7 février 2022 relatif à une électroneuromyographie.

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

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

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

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

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

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

5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimé, étant rappelé que ce dernier lui a nié le droit à une rente, par décision du 10 février 2005, puis a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, par décision du 7 septembre 2009.

6. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (cf. art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 et les références ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et les références ; ATF 130 V 71 consid. 3.2 et les références ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et les références).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

6.1 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 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. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

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

Conformément aux 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.

6.2 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu 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 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 ; ATF 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 ATF 128 V 174).

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

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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation, ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des

assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

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 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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).

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 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

9. En l'espèce, la décision dont est recours repose sur les avis du SMR des 7 janvier et 21 décembre 2020, aux termes desquels la capacité de travail du recourant étant nulle dans l'activité habituelle depuis le 22 mai 2019 en raison d'une gonarthrose bilatérale et de troubles dégénératifs et statiques du rachis lombaire, mais entière avec une diminution de rendement de 25 % dans un métier adapté dès le 13 septembre 2019, soit trois mois après la dernière opération. À cet égard, le SMR a notamment rappelé que l'intéressé avait été opéré du côté droit en 2016 et à plusieurs reprises du côté gauche, la dernière fois le 13 juin 2019. Les limitations fonctionnelles retenues concernaient le travail accroupi ou à genoux, la répétition d'escaliers ou d'échelles, la marche et la station debout prolongées, le port de charges de plus de 10 kg, les mouvements en porte-à-faux du tronc, le travail dans une ambiance bruyante, et l'intéressé devait pouvoir alterner les positions.

9.1 En ce qui concerne les atteintes à la santé, la chambre de céans constate que les diagnostics retenus par le SMR sont conformes à ceux posés par les différents médecins ayant examiné le recourant et qu'ils tiennent compte des résultats radiologiques.

9.1.1 En effet, au niveau des genoux, il ressort des pièces du dossier que les radiographies du 20 février 2019 ont révélé une gonarthrose modérée du

compartiment interne à prédominance gauche (cf. rapport du 20 février 2019 du Centre Imagerie Servette) et l'IRM du genou gauche du 5 mars 2019 un flap méniscal au niveau de la corne postérieure du ménisque interne et une gonarthrose tricompartimentale prédominant en fémoro-tibial interne, avec à ce niveau également une lésion ostéochondrale du condyle fémoral de taille centimétrique (rapport du 5 mars 2019 du Centre Imagerie Servette). Une arthroscopie du genou gauche a été réalisée le 13 juin 2019, dont les suites ont été simples (cf. rapport du 28 novembre 2019 du Dr E_____). En raison de la persistance de gonalgies bilatérales depuis environ une année (cf. rapport du 1er juillet 2020 des HUG), une IRM des genoux a été pratiquée à la fin du mois de juin 2020, laquelle a mis en exergue une chondropathie de grade 4 avec une dénudation du cartilage du tibia interne gauche et un œdème de l'os sous-chondral en regard, une chondropathie de grade 4 du condyle fémoral interne gauche avec une chondrostéophyte, et une chondropathie de grade 3 de la patella droite (cf. rapport du 30 juin 2020).

Le Dr C_____ a retenu le diagnostic de gonarthrose sévère gauche (cf. rapport du 27 septembre 2019), le Dr E_____ a constaté que les examens concluaient à une gonarthrose modérée du compartiment interne à prédominance gauche, à un discret remaniement dégénératif débutant coxo-fémoral des deux côtés et fémoro-tibial interne à gauche (cf. rapport du 28 novembre 2019) et les spécialistes des HUG ont noté une gonarthrose modérée du compartiment interne, bilatéralement à prédominance gauche, sur des genoux en varus et une obésité (cf. rapport du 1er décembre 2020).

Dans ces conditions, le diagnostic de gonarthrose bilatérale retenu par le SMR n'apparaît pas critiquable.

À toutes fins utiles, la chambre de céans observera que le fait que le SMR n'ait pas expressément mentionné le remaniement dégénératif coxo-fémoral est sans incidence aucune, dès lors que ce trouble est « discret » et « débutant » (cf. rapport de radiographies des membres inférieurs du 13 septembre 2019), et qu'il n'a aucune incidence sur la capacité de travail, selon les rapports du médecin traitant. Le recourant ne soutient d'ailleurs pas le contraire.

9.1.2 Au niveau du rachis, le recourant a produit, dans le cadre de la présente procédure, de nombreux rapports d'examens réalisés entre 2001 et 2014, qui ne paraissent pas tous avoir été soumis au SMR.

Les différentes investigations ont pour l'essentiel révélé une scoliose à convexité gauche (cf. rapports de radiographie des 14 novembre 2001 et 1er juillet 2009 ; rapport d'IRM du 15 octobre 2009), une dégénérescence discale C5-C6 et C6-C7, et une protrusion discale C6-C7 (cf. rapport d'IRM du 15 octobre 2009), une dessiccation discale débutante C5-C6, un débord discal circonférentiel et une discopathie circonférentielle C5-C6 (cf. rapport d'IRM du 3 novembre 2014), un discret rétrolisthésis de C2 à C4 (cf. rapport de radiographie du 14 novembre 2001), un aspect légèrement cunéiforme de L2, une discrète sclérose

de surcharge des facettes articulaires postérieures en L4-L5 et L5-S1 (cf. rapport de radiographie du 1er juillet 2009), une protrusion discale L4-L5 et une discrète sclérose de surcharge (cf. rapport d'IRM du 15 octobre 2009), une discrète séquelle d'une maladie de Scheuermann à la hauteur de D11-D12 (cf. rapports d'IRM des 8 octobre 2003 et 15 octobre 2009).

Il appert donc que le recourant présente plusieurs troubles dégénératifs et statiques, non seulement au niveau lombaire comme mentionné par le SMR, mais également aux niveaux dorsal et cervical. Cela étant, il est rappelé qu'à l'époque de la décision initiale rendue par l'intimé le 10 février 2005, le recourant souffrait déjà de lombalgies chroniques secondaires à des troubles statiques et dégénératifs (séquelle de la maladie de Scheuermann), et de dorsalgies sur des cervicalgies lors de surcharge mécanique (trouble statique C2, C3 et C4) (cf. rapport du 2 décembre 2004 du docteur Yves-Bernard JACCARD, spécialiste FMH en rhumatologie).

Le fait que le SMR n'ait pas rappelé les troubles statiques de C2 à C4, tout comme le fait qu'il n'ait peut-être pas eu connaissance des troubles dégénératifs constatés aux étages C5-C6, C6-C7, L4-L5 et L5-S1, ne remet pas en cause la validité de son appréciation. En effet, il est rappelé qu'entre 2014 et le prononcé de la décision litigieuse, le recourant n'a pas consulté de spécialiste pour ses douleurs dorsales, ni ne s'est soumis au moindre examen. De plus, l'incapacité de travail qui a débuté le 29 mai 2019 a été motivée par une recrudescence des douleurs au genou gauche (cf. rapport du 28 novembre 2019 du Dr E_____). Le médecin traitant de l'intéressé n'a signalé que des gonalgies, sans mention aucune des troubles du rachis, même pas à titre de diagnostics sans influence sur la capacité de travail (cf. rapports des 27 septembre 2019 et 8 décembre 2020 du Dr C_____). De même, le Dr E_____ n'a pas relaté de plaintes concernant le rachis (cf. rapport du 28 novembre 2019). Ces médecins n'ont d'ailleurs retenu que des restrictions liées aux atteintes des genoux. Enfin, le recourant a motivé sa troisième demande de prestations par l'arthrose des genoux et a contesté le projet de décision de l'intimé en invoquant ses seuls « problèmes du genou » (cf. courrier du 8 décembre 2020).

9.2 S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, la chambre de céans ne relève aucun élément permettant de douter du bien-fondé de l'appréciation du SMR, corroborée par les pièces du dossier.

9.2.1 Ainsi, le médecin-conseil de l'assureur perte de gain est parvenu à des conclusions similaires, si ce n'est qu'il n'a pas retenu de restrictions spécifiques en lien avec les troubles du rachis, puisqu'il a conclu que l'intéressé ne devait ni porter des charges de plus de 10 kg, ni travailler en positions accroupie, à genoux ou en équilibre instable sur des échelles ou des échafaudages, mais que la capacité de travail était entière dès le jour de son examen dans une activité respectant ces contre-indications (cf. rapport du 28 novembre 2019 du Dr E_____). D'ailleurs, sur la base de cette évaluation, l'assureur perte de gain a considéré que l'exercice

d'une activité adaptée était exigible à temps complet et a accordé à l'intéressé une indemnité journalière de transition pour le changement d'occupation jusqu'au 31 mars 2020 (cf. décision du 4 décembre 2019).

Les rapports du Dr C_____, qui se limitent à affirmer que le patient est totalement inapte à tout travail en raison de ses gonalgies invalidantes (cf. rapports des 27 septembre 2019 et 8 décembre 2020), n'apportent pas le moindre argument justifiant de s'écarter des conclusions du SMR. D'ailleurs, le médecin traitant a décrit des limitations fonctionnelles d'épargne des genoux et considéré que le pronostic de réadaptation était mauvais en raison d'une maîtrise limitée de la langue et d'un manque de connaissances dans d'autres domaines, ce qui n'est pas pertinent pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. Ses rapports n'exposent en particulier pas les raisons pour lesquelles les troubles dont souffre le recourant l'empêcheraient d'exercer un métier respectant les contre-indications énumérées par le SMR.

Enfin, il sera observé que le Dr D_____, consulté en raison de la gonarthrose douloureuse, a conclu à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée (cf. rapport du 30 septembre 2019).

9.2.2 À cet égard encore, il sera rappelé que l'intimé a mis en œuvre deux nouvelles mesures d'ordre professionnel suite à la dernière demande de prestations. Au terme de la première, qui s'est déroulée du 13 janvier au 22 mars 2020 auprès de l'OSEO, aucun projet professionnel n'a été validé car les pistes de contrôleur de parking, de concierge, et de magasinier-vendeur-livreur en magasin d'électricité ont été écartées en raison des limitations fonctionnelles. Diverses propositions d'action ont alors été émises, dont une mesure de réadaptation aux EPI (cf. rapport d'OSEO du 13 mai 2020). Cette mesure a été réalisée du 27 juillet au 23 août 2020. Il y a été constaté que la position assise était maintenue durablement, mais que la position debout statique n'était tenue que 45 minutes. Au-delà, des alternances avec la position assise étaient nécessaires. La position debout dynamique était supportée un peu plus longtemps, mais les alternances restaient indispensables. La mobilisation des membres supérieurs était entière, la dextérité correcte dans les activités n'exigeant pas une précision trop importante. Le domaine retenu était celui de l'industrie légère et du conditionnement (cf. un rapport des EPI du 17 septembre 2020).

On perçoit donc mal pour quel motif le recourant ne pourrait pas exercer une telle activité légère compatible avec les restrictions retenues par le SMR.

9.3 Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a produit plusieurs documents établis après le prononcé de la décision litigieuse.

9.3.1 Concernant ses troubles aux genoux, il a communiqué des rapports d'infiltration, la première réalisée à gauche le 19 février 2021 et la seconde à droite le 24 février 2021.

Bien que postérieurs à la décision litigieuse, ces documents peuvent être pris en considération, dès lors que les atteintes qui ont justifié lesdites interventions existaient déjà à l'époque déterminante. Force est toutefois de constater qu'ils ne contiennent aucun élément permettant de douter des conclusions du SMR, rendues alors que la situation était stable (cf. rapport du 1er décembre 2020 des HUG), étant encore observé que l'intéressé avait déjà bénéficié de plusieurs infiltrations au genou gauche, dont une d'acide hyaluronique en juin 2020 sans effet bénéfique, et une de cortisone en juillet 2020 avec une amélioration de l'ordre de 50 % (cf. notes de suite des consultations et rapport du 1er décembre 2020 des HUG).

9.3.2 Le recourant a également communiqué un rapport du 30 septembre 2021 relatif à une IRM cervicale réalisée la veille, examen qui a conclu à une discrète spondylodiscopathie étagée de la colonne cervicale et à un discret rétrécissement foraminal à droite en C5-C6.

Il n'y a pas lieu de tenir compte de ce rapport, dans la mesure où il concerne des investigations menées plus de huit mois après le prononcé de la décision litigieuse et qui n'ont pas été préalablement suggérées. Il sera rappelé à cet égard que les derniers examens remontaient à 2014 selon les documents produits, et qu'aucune pièce ne rapporte des plaintes concernant le rachis à l'époque de la troisième demande de prestations, ni pendant l'instruction du dossier par l'intimé.

9.3.3 Enfin, le recourant a communiqué de nombreux rapports concernant des troubles au niveau de l'épaule droite (cf. rapports d'échographie du 17 avril 2021, d'IRM du 25 mai 2021, de radiographies des 17 juin et 14 septembre 2021, d'infiltrations des 25 juin et 23 septembre 2021).

Il s'agit manifestement d'une atteinte survenue après le prononcé de la décision du 18 janvier 2021, comme attesté par le rapport d'échographie du 23 avril 2021 qui fait état d'une chute à moto le 17 avril 2021 avec des douleurs persistantes, ainsi que par le rapport du 13 décembre 2021 du docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel a mentionné la persistance de douleurs de l'épaule droite et du bras droit depuis l'accident de moto du 17 avril 2021 et préconisé une évaluation neurologique et une échographie du poignet droit.

9.4 Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans tiendra pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le recourant ne peut plus exercer depuis le 22 mai 2019 son activité habituelle d'aide-monteur électricien en raison d'une gonarthrose bilatérale et de troubles dégénératifs et statiques du rachis, mais qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le SMR est exigible à temps complet depuis le 13 septembre 2019, avec une réduction de rendement de 25 %, étant rappelé qu'il ne lui appartient pas de se déterminer sur des faits postérieurs à la date de la décision litigieuse.

9.5 En ce qui concerne le degré d'invalidité, la chambre de céans rappellera tout d'abord que l'intimé a admis qu'une modification notable des circonstances

s'était produite depuis la première décision de refus de rente du 10 février 2005, et qu'il a ainsi procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité.

9.5.1 Bien que le recourant n'ait fait valoir aucun grief à l'encontre de cette évaluation, la chambre de céans observera ce qui suit.

Pour fixer le revenu avec invalidité (CHF 51'252.-), l'intimé s'est référé aux ESS 2018, TA1_tirage_skill_level et a retenu un montant mensuel de CHF 5'417.- (ligne « total », niveau de compétences 1, hommes), qu'il a ensuite annualisé, adapté à la durée normale hebdomadaire du travail et à l'évolution des salaires pour 2019 (cf. détermination du degré d'invalidité du 25 mars 2000). Or, l'année de naissance du droit à la rente est 2020, de sorte que le gain annuel aurait dû être fixé à CHF 68'906.10 et non CHF 68'336.-, compte tenu des indices déterminants (2260 pour 2018 et 2298 pour 2020 [à la place de 2279 pour 2019]). L'intimé n'a pas appliqué d'abattement, mais il a tenu compte d'une diminution de rendement de 25 % en raison des limitations fonctionnelles, qui concernent essentiellement les deux genoux et dans une moindre mesure le rachis. L'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas ne justifie pas de retenir une réduction supplémentaire, étant rappelé que l'étendue de l'abattement ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le revenu d'invalide s'élève donc à CHF 51'679.60.

S'agissant du revenu sans invalidité (CHF 45'681.-), l'intimé a indiqué l'avoir déterminé sur la base du dernier salaire communiqué par l'employeur pour 2018 (cf. détermination du degré d'invalidité du 25 mars 2000). Toutefois, l'employeur a mentionné dans ledit document un salaire horaire de CHF 27.85, un 13ème salaire ou gratification de 8.33 %, et un horaire de travail 40 heures par semaine, sans précision quant au droit aux vacances. Il a noté que le recourant avait perçu, en 2018, un salaire annuel de CHF 44'440.25, correspondant à 1'241 heures de travail par année. La somme de ces deux chiffres par l'intimé pour fixer le salaire annuel est donc erronée, le second ne correspondant pas à une prestation pécuniaire. La chambre de céans relèvera encore que le salaire versé en 2018 est très inférieur à celui de 2017 (CHF 57'837.60). Il semblerait, à teneur des annexes communiquées par l'employeur, que le recourant a été absent de nombreux jours en 2018, à concurrence de 232 heures pour cause d'accident et de 288 heures pour cause de maladie, ce qui pourrait expliquer la diminution importante de son revenu entre 2017 et 2018.

Cela étant, même en retenant le revenu annuel de CHF 57'837.60 perçu en 2017, indexé à CHF 59'097.75 pour 2020 (indices de 2249 pour 2017 et 2298 pour 2020), il en résulterait une perte de gain de CHF 7'418.15 correspondant à un degré d'invalidité de 13 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

9.5.2 Partant, la chambre de céans ne peut que constater que l'intimé était fondé à nier le droit du recourant à une rente d'invalidité.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et le recourant condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1bis LAI).

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Sylvie CARDINAUX ALY	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