

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2593/2025

ATAS/980/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 11 décembre 2025**

**Chambre 5**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourant

représenté par Me Jean-Michel DUC, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

---

---

**EN FAIT**

- A.** **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en \_\_\_\_\_ 1974, a déposé une demande de prestations invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), qui l'a reçue en date du 24 janvier 2018.
- b.** Par décision du 26 février 2019, l'OAI a refusé des mesures de réadaptation et/ou l'octroi d'une rente d'invalidité. Suite à son recours déposé auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), cette dernière a rejeté le recours, par arrêt du 15 juin 2020 (ATAS/478/2020), au motif qu'après comparaison des revenus, le degré d'invalidité était de 10%, ce qui ne donnait pas droit à une mesure de reclassement ou à une rente.
- c.** L'assuré, assisté d'un conseil, a déposé une nouvelle demande de prestations invalidité et de mesures professionnelles en date du 9 novembre 2021. Il a repris une activité professionnelle dès le 1<sup>er</sup> mai 2022, mais a été victime d'un accident professionnel survenu le 13 mai 2022.
- d.** Par avis médical du 22 mars 2024, le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a résumé la situation de l'assuré, soit une discopathie L5 – S1, une thymie dépressive et une coronaropathie à l'épreuve d'effort qui ont conduit le SMR à recommander une expertise pluridisciplinaire, orthopédique, psychiatrique, neurologique et de médecine interne.
- e.** Les médecins désignés par l'OAI, soit les docteurs B\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, C\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, D\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et E\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport d'expertise en date du 28 août 2024. À teneur de l'évaluation consensuelle, les quatre experts considéraient que les diagnostics étaient les suivants : lombalgies basses chroniques (M 54.50) sur trouble lombaire dégénératif ; gonalgie chronique droite (M 25.56) sur gonarthrose débutante ; douleurs chroniques de la cheville et du pied droit (M 79.67) ; agoraphobie avec trouble panique (F 40.01) ; épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.10) ; obésité exogène (E 66) ; hypertension artérielle traitée ; dyslipidémie traitée ; hépatite B chronique traitée depuis 2011. Les seules limitations ayant un effet sur la capacité de travail étaient les limitations orthopédiques, soit : une limitation dans le temps de la position debout statique, la marche et la position en porte-à-faux ; la montée, la descente des escaliers qui ne pouvaient pas être répétitives ; la position à genoux et accroupie qui était exclue et le soulèvement et le transport de charges qui devaient être limitées à 5 kg. Au niveau de la médecine interne générale, de la neurologie et de la psychiatrie, il n'y avait pas de limitations. En conclusion, les experts considéraient que les limitations de la capacité de travail globale étaient d'origine exclusivement orthopédique et que la capacité de travail de l'assuré était

---

de 100%, pour la médecine interne générale, la psychiatrie et la neurologie. Sur le plan orthopédique, la capacité de travail était nulle depuis le 13 janvier 2023, date de l'accident avec atteinte du Lisfranc du pied droit. Six mois après l'accident du 13 janvier 2023, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles uniquement orthopédiques, l'assuré jouissait d'une capacité de travail de 100%.

**f.** Se fondant sur les résultats de l'expertise pluridisciplinaire, le SMR a rendu un rapport daté du 9 septembre 2024, jugeant les conclusions des experts cohérentes et admettant que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100%, dès le 13 juillet 2023, en respectant les limitations fonctionnelles antérieures avec, comme nouvelle limitation, de ne pas tenir la position en porte-à-faux, ne pas soulever ou transporter des charges égales ou supérieures à 5 kg et ne pas monter et descendre les escaliers de façon répétitive. Au vu des douleurs et des atteintes touchant le rachis, le genou droit, les pieds et la cheville droite, le SMR admettait une baisse de rendement de 30%. En conclusion, une aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision sur le fond était constatée avec, comme atteinte principale, des lombalgies basses chroniques sur trouble lombaire dégénératif, des gonalgies chroniques droites sur gonarthrose débutante et des douleurs chroniques de la cheville et du pied droit, sur status post accident du 13 janvier 2023. Le SMR préavisait une incapacité de travail durable dans l'activité habituelle de jardinier de 100%, dès le 15 mai 2016, et une capacité de travail dans une activité adaptée de 100% dès le mois de mars 2018, de 0% dès le 13 janvier 2023 puis de 100%, dès le 13 juillet 2023.

**g.** Par note du 6 janvier 2025, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité à partir de 2024, se fondant sur un revenu brut avec invalidité de CHF 42'507.-, selon le tableau de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2022, TA1 tirage *skill level*, pour un homme, pour une durée normale hebdomadaire de travail de 41.7 heures, avec une indexation, selon l'indice suisse nominal des salaires (ci-après : ISS), une diminution de rendement constatée de 30% et une réduction forfaitaire de 10%. S'agissant de la détermination d'un revenu sans invalidité, pour un plein temps, dans une activité adaptée, l'OAI est parvenu à un montant de CHF 71'600.-. La perte de gain, suite à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, s'élevait à CHF 29'093.-, ce qui correspondait à un pourcentage d'invalidité de 40.63%.

**B. a.** Par projet de décision du 9 janvier 2025, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité d'une quotité de 27.5%, fondée sur un degré d'invalidité de 41% et ceci à l'échéance du délai d'attente, à savoir dès le 13 janvier 2024.

**b.** Par courrier de son conseil du 14 février 2025, l'assuré a contesté le projet de décision, faisant valoir qu'il était totalement incapable de travailler, en raison des atteintes somatiques et psychiatriques dont il souffrait. Le rapport d'expertise du 28 août 2024 minimisait très largement la gravité des atteintes invalidantes et, au regard des limitations fonctionnelles retenues et de sa situation, il ne pouvait

être question de retenir une capacité de travail dans une activité adaptée, sans mise en œuvre préalable de mesures de réadaptation. L'assuré annonçait qu'il allait consulter le professeur F\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, afin que ce dernier se prononce sur le rapport d'expertise et établisse un rapport d'expertise privée, raison pour laquelle un délai était demandé.

**c.** Par courrier de son conseil du 30 juin 2025, l'assuré a communiqué à l'OAI une copie du rapport du 25 mai 2025 rédigé par le Prof. F\_\_\_\_\_. Le médecin traitant reprenait, dans les grandes lignes, les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenues auparavant mais estimait que le patient cumulait des affections ostéoarticulaires importantes qui touchaient le rachis lombaire. La lésion du pied droit, consécutive à l'accident du 13 janvier 2023 - au cours duquel l'assuré s'était tordu le pied droit dans une bouche d'égout dans un parking souterrain - n'avait pas été traitée de manière adéquate, ce qui avait entraîné une chronicisation des lésions et de la déformation du pied et avait aggravé une boiterie douloureuse et handicapante, sans compter des comorbidités telles que : l'hypertension, une hypertrophie bénigne de la prostate et une hépatite B chronique. Selon le médecin traitant, l'état ostéoarticulaire et général ne permettait pas de travailler sur un chantier, et plus précisément l'activité habituelle de maçon dans le bâtiment. Il estimait, au vu des pathologies que présentait l'assuré, que ce dernier disposait, dans une activité adaptée, d'une capacité de travail maximum de 50%.

**d.** Suite à la réception de l'avis médical du Prof. F\_\_\_\_\_, le SMR a rédigé un rapport médical dans lequel il a précisé que le médecin traitant n'avait pas fait référence à un traitement antalgique et que son évaluation de la capacité de travail n'avait pas tenu compte d'un chaussage adapté, par chaussure médicale XELERO, associé à un support plantaire. Ledit chaussage avait pour objectif de compenser les troubles de la statique entraînant, en situation de travail, une stabilité. Compte tenu de ces éléments, le SMR considérait que les nouvelles pièces médicales versées au dossier n'étaient pas en mesure de modifier ses précédentes conclusions.

**e.** Par décision du 3 juillet 2025, l'OAI a confirmé son précédent projet de décision, retenant une invalidité d'un degré de 41% et le droit à une rente d'une quotité de 27.5% dès le 13 janvier 2024.

- C.** **a.** Par acte de son conseil du 23 juillet 2025, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 3 juillet 2025, auprès de la chambre de céans. Il a conclu principalement à des débats publics et à ce que la décision querellée soit réformée en ce sens que l'assuré était mis au bénéfice d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles, et subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens.

**b.** Par courrier du 19 août 2025, l'OAI a informé la chambre de céans qu'il avait notifié au recourant une nouvelle décision, datée du 7 août 2025, qui annulait et remplaçait celle du 3 juillet 2025, considérant que cette dernière était devenue sans objet. La nouvelle décision du 7 août 2025 annulait et remplaçait la motivation de la décision du 3 juillet 2025 et aboutissait au même résultat, à savoir un degré d'invalidité de 41% et le droit à une rente de 27.5% d'une rente entière d'invalidité. Il était précisé qu'à l'issue de l'examen des mesures de réadaptation, l'OAI considérait que l'assuré pouvait exercer un emploi dans le conditionnement simple derrière un établi, ou un poste dans la vérification ou le contrôle et rétablir ainsi sa capacité de gain, sans la mise en place de mesures professionnelles car, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrait le marché primaire équilibré de l'emploi, l'OAI estimait qu'un nombre significatif d'entre elles ne nécessitaient aucune formation spécifique et étaient adaptées aux restrictions fonctionnelles du recourant. En ce qui concernait les nouvelles pièces médicales soumises dans le cadre de la procédure d'audition, le SMR avait procédé à un nouvel examen du dossier après quoi il avait considéré que les éléments amenés dans le cadre de l'audition n'étaient pas de nature à modifier les précédentes conclusions, raison pour laquelle le projet de décision du 9 janvier 2025 était resté inchangé.

**c.** Par mémoire de son conseil, daté du 13 août 2025, l'assuré a recouru contre la nouvelle décision du 7 août 2025, reprenant la même motivation et les mêmes conclusions que précédemment, tout en demandant la jonction avec la précédente procédure.

**d.** Par ordonnance de jonction du 2 septembre 2025, la chambre de céans a joint la cause n° A/2593/2025 concernant la première décision rendue en date du 3 juillet 2025 et la cause n° A/2752/2025 concernant la deuxième décision rendue en date du 7 août 2025 annulant et remplaçant la précédente.

**e.** Par réponse de l'OAI du 9 septembre 2025, l'intimé a considéré que le rapport d'expertise présentait une pleine valeur probante. En ce qui concernait le rapport établi à la demande de l'assuré par le Prof. F\_\_\_\_\_, il était rappelé que le médecin traitant était généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unissait à ce dernier. Aucun élément objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostique n'avait été ignoré dans le cadre de l'expertise, qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou établir le caractère incomplet de leur ouvrage. Le fait que le médecin traitant ait une appréciation différente concernant l'état de santé du recourant n'était pas en soi, déterminant, selon la jurisprudence. Les mesures professionnelles demandées par le recourant ne pouvait pas lui être accordées car elles n'étaient ni simples, ni adéquates, et ne permettaient pas de réduire le dommage. De plus, le recourant pouvait prétendre à de nombreuses activités respectant ses limitations fonctionnelles et ne requérant pas de formation particulière. De surcroît, le recourant n'avait pas rendu

vraisemblable que c'étaient des limitations liées à son état de santé - et non des facteurs dont l'assurance-invalidité n'avait pas à répondre, comme le manque de formation et les difficultés linguistiques - qui l'entraveraient dans ses démarches pour retrouver un emploi. Partant, l'intimé concluait au rejet du recours.

**f.** Par courrier de son conseil, du 22 octobre 2025, le recourant a considéré que l'OAI ne produisait aucun argument nouveau, raison pour laquelle il renonçait à répliquer et se référait respectueusement au contenu de son mémoire de recours.

**g.** Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

**h.** Les autres faits et documents seront mentionnés, 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 dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le refus d'octroi de mesures professionnelles ainsi que sur le degré d'invalidité et la quotité de la rente, retenus par l'intimé.

### 3.

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

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes

dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

**3.2** En l'occurrence, le litige porte sur le degré d'invalidité, fixant le droit à la rente d'invalidité, dont il n'est pas contesté que ledit droit est né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

#### 4.

**4.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

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).

**4.2** A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1<sup>bis</sup> et 1<sup>ter</sup> n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

**4.3** Selon la jurisprudence, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (*cf.* art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente ; ATF 121 V 190 consid. 4c). La preuve de l'absence de capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance-invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (ATF 121 V 190 consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références).

5.

**5.1** Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1<sup>bis</sup> RAD).

Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, *etc.*). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tient compte de tous les facteurs médicaux influents (Office fédéral des assurances sociales [OFAS], Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'AI], rapport explicatif [après la procédure de consultation] du 3 novembre 2021 [ci-après : rapport explicatif], *ad* art. 49 al. 1<sup>bis</sup>, p. 60).

**5.2** 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).

**5.3** 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 des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

**5.4** 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 137 V 210 consid. 1.3.4 ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**5.5** 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).

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

**5.6** Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

Le médecin du SMR n'a pas l'obligation de procéder lui-même à un examen médical sur la personne de l'assuré (*cf.* art. 49 al. 2 RAI) mais peut, selon les circonstances, fonder son avis en évaluant les éléments médicaux au dossier. Cette appréciation en l'absence d'examen n'est pas dénuée d'emblée de toute valeur probante et est soumise aux mêmes exigences en matière de preuve que les autres rapports médicaux (ATF 136 V 376 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_160/2025 du 27 octobre 2025 consid. 5.2 et la référence).

**5.7** 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).

**5.8** 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 n. 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 distincte. 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\_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

6. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socio-culturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine* ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.1 et 5.2 et les références).

## 7.

**7.1** En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3).

Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47,5% (al. 4).

La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (*cf.* art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**7.2** Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

Selon l'art. 24<sup>septies</sup> RAI, le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé (al. 1). L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100% ou plus (al. 2 let. a).

**7.3** L'art. 25 RAI pose les principes de la comparaison des revenus. Selon son al. 1, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS, à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b).

Les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse (art. 25 al. 2 RAI).

Si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'ESS de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe (art. 25 al. 3 RAI). Les valeurs statistiques sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux (art. 25 al. 4 RAI).

**7.4** La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité 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 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 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 143 V 295 consid. 2.3 et les références ; 129 V 222 ; 128 V 174).

**7.5** Selon l'art. 26 RAI, le revenu sans invalidité (art. 16 LPGA) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable (al. 1).

Si le revenu effectivement réalisé est inférieur d'au moins 5% aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 al. 3, le revenu sans invalidité correspond à 95% de ces valeurs médianes, excepté lorsque le revenu avec invalidité au sens de l'art. 26<sup>bis</sup> al. 1 RAI est également inférieur d'au moins 5% aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS ou lorsque l'assuré exerçait une activité lucrative indépendante (art. 26 al. 2 et 3 RAI).

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

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).

La jurisprudence du Tribunal fédéral concernant l'utilisation des salaires statistiques reste pertinente (OFAS, rapport explicatif, *ad* art. 25 al. 3, p. 45).

Il convient de se fonder, en règle générale, sur les valeurs médianes indiquées dans la table ESS TA1\_tirage\_skill\_level. Il y a lieu de déterminer d'abord si ce sont les valeurs pour un secteur économique donné (branche) ou celles de l'ensemble des secteurs économiques qui reflètent le mieux la situation de l'assuré. Pour cela, il faut prendre en considération la formation professionnelle de l'assuré, sauf si ce dernier n'a jamais exercé la profession concernée ou ne l'a plus fait depuis de nombreuses années. En revanche, si, en raison de sa formation ou de son expérience professionnelle, l'assuré peut avoir accès à l'ensemble du marché du travail, les valeurs totales du tableau peuvent être utilisées. Puis, il convient de définir le niveau de compétences applicable en fonction de la formation, de l'expérience et de la situation professionnelles de l'assuré. Le

---

salaires, indépendant de l'âge et tenant compte du sexe (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2), doit être adapté au temps de travail usuel dans les entreprises de la division économique concernée et, le cas échéant, indexé selon l'évolution de l'indice suisse des salaires nominaux au sein de la branche pour l'année déterminante (*cf.* art. 25 al. 3 et 4 ; 26 al. 4 RAI ; OFAS, Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [ci-après : CIRAI], ch. 3207 et ss ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_276/2021 du 2 novembre 2021). Si l'on ne tient pas compte d'une branche en particulier, le total de la durée normale du travail dans les entreprises ou l'évolution des salaires nominaux de toutes les divisions économiques est déterminant (OFAS, CIRAI, ch. 3212 et 3213).

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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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).

9.

**9.1** À titre préalable, il convient de rappeler que le recourant a demandé la mise en œuvre de « débats publics ».

Les garanties minimales de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) en matière de droit d'être entendu ne confèrent pas le droit d'être entendu oralement par l'autorité (*cf.* ATF 134 I 140 consid. 5.3 et les références).

En l'occurrence, il ne se justifie pas d'entendre le recourant en audience publique, dès lors qu'il n'a pas motivé sa demande, qu'il a pu pleinement s'exprimer par écrit et que son audition n'est pas utile à la résolution du litige.

**9.2** En l'espèce, sur le fond, le recourant considère que l'intimé a mal apprécié la situation en se fondant sur une expertise pluridisciplinaire administrative qui minimise les atteintes dont il souffre sur le plan orthopédique, notamment au niveau des pieds. Il estime qu'il sied de se fonder sur l'appréciation médicale du Prof. F\_\_\_\_\_, qui ne retient qu'une capacité de travail de 50% au maximum, dans une activité adaptée.

Dans un deuxième grief, le recourant considère que l'abattement forfaitaire de 10% retenu par l'OAI est insuffisant dès lors que l'intimé n'a pas tenu compte du fait qu'il n'est pas de nationalité suisse, qu'il ne dispose d'aucune formation, qu'il

est éloigné de l'emploi depuis de nombreuses années et qu'il ne maîtrise pas la langue française, raisons pour lesquelles le taux d'abattement devrait être plus important.

L'intimé, quant à lui estime que l'expertise administrative multidisciplinaire présente une pleine valeur probante, raison pour laquelle une capacité de travail de 100% doit être reconnue, avec toutefois une perte de rendement de 30%, ce qui aboutit à une capacité de travail résiduelle de 70%. En ce qui concerne l'abattement, le taux de 10% est adapté aux limitations fonctionnelles du recourant, ce d'autant plus que les éléments qu'il énumère n'entrent pas en considération dans le cadre du calcul de l'abattement.

**9.3** La chambre de céans constate que l'expertise pluridisciplinaire est fondée sur toutes les pièces du dossier, qu'elle comprend une anamnèse, qu'elle tient compte des plaintes exprimées par le recourant et de sa description d'une journée-type. Les experts ont, par ailleurs, consigné le résultat de leurs constatations objectives à la suite de leurs examens cliniques respectifs et ont précisé les diagnostics et limitations fonctionnelles retenus. Ils ont, au surplus, procédé à une appréciation générale interdisciplinaire de la capacité de travail du recourant, après évaluation consensuelle. Ce rapport d'expertise répond ainsi, sur le plan formel, à tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Sur le fond, seul le volet orthopédique de l'expertise a été retenu comme ayant des conséquences sur la capacité de travail du recourant, ce qui n'est pas contesté par ce dernier. Lors de l'examen clinique, l'expert a demandé au recourant de lui décrire les limitations fonctionnelles qu'il constatait dans sa vie de tous les jours et ce dernier les a décrites en détail en p. 17 du rapport. Le médecin a constaté que le recourant marche en salle de consultation avec une légère boiterie droite, la marche sur la pointe des pieds étant difficile mais possible et la marche sur les talons étant possible, de même que la position monopodale. L'expert a soigneusement examiné l'imagerie médicale et les différents rapports médicaux, qu'il a commentés en p. 21 du rapport. Il a, notamment, constaté une légère boiterie droite lors de l'examen clinique et a noté les ressources internes faibles du recourant, souvent en incapacité de travail durant toute sa carrière professionnelle, ne parlant pas français, n'ayant pas de centre d'intérêt particulier, ni de passions, à part quelques courtes promenades et sans activité particulière. Le manque de capacité en informatique et l'attitude passive du recourant avec, en particulier, sa vision négative de l'avenir, font partie des difficultés qui sont évoquées par le Dr C\_\_\_\_\_.

Dans son appréciation médicale du 25 mai 2025, le médecin traitant du recourant, le Prof. F\_\_\_\_\_, mentionne les mêmes limitations fonctionnelles que celles retenues par l'intimé. Il retient, sur un plan général, que l'état ostéoarticulaire du recourant ne lui permet plus de travailler sur un chantier et notamment d'exercer l'activité habituelle de maçon dans le bâtiment. Il mentionne des lésions du genou

et du pied qui ont aggravé une boiterie douloureuse et handicapante, en supination, ainsi que diverses comorbidités.

S'agissant de l'expertise administrative, les résultats sont convaincants et les conclusions sont sérieusement motivées ; les avis ne contiennent pas de contradictions et aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé.

On ne constate pas de contradictions entre le rapport d'expertise orthopédique et le rapport médical du Prof. F\_\_\_\_\_. Ce dernier est plus concis et moins élaboré que le rapport d'expertise et ne bénéficie pas des apports supplémentaires de l'évaluation consensuelle.

La chambre de céans considère que le rapport d'expertise présente une pleine valeur probante et que le taux de capacité de travail plus bas, retenu par le Prof. F\_\_\_\_\_, ne montre pas de contradictions ou d'éléments ignorés lors de l'expertise, mais résulte d'une appréciation médicale différente, qui ne saurait remettre en question la valeur probante de l'expertise, étant rappelé que 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).

De plus, comme l'a fait remarquer le SMR, le Prof. F\_\_\_\_\_ n'a pas tenu compte d'un chaussage adapté, par chaussure médicale XELERO associée à un support plantaire, ce dispositif étant de nature à réduire la boiterie et les douleurs au genou et au pied de l'assuré.

**9.4** En ce qui concerne le deuxième grief, soit le taux d'abattement de 10% critiqué par le recourant, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (*cf.* ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de

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

En l'espèce, même s'il n'a pas la nationalité suisse, le recourant dispose d'un permis d'établissement, ce qui lui permet d'exercer un large éventail de professions.

En ce qui concerne l'âge du recourant (51 ans), dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a rappelé qu'en ce qui concerne le critère de l'âge comme facteur d'abattement du salaire statistique, il y a lieu de tenir compte de l'interdépendance des facteurs personnels et professionnels entrant en ligne de compte qui contribuent à désavantager la personne assurée sur le marché du travail après une absence prolongée. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne. Aussi, en présence d'un assuré de plus de 50 ans, la jurisprudence insiste sur l'effet de l'âge combiné avec un handicap, qui doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.2.3 et les références).

Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5 ; 8C\_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 ; 8C\_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). Il a également contesté un abattement dans le cas d'un assuré âgé de 55 ans au motif que ses excellentes qualifications personnelles, professionnelles et académiques constituaient un avantage indéniable en terme de facilité d'intégration sur le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3).

À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). Il a également retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'une assurée, âgée de 50 ans au moment déterminant de la comparaison des revenus et de surcroît absente depuis de nombreuses années du marché du travail, qui présentait des

limitations fonctionnelles objectives d'ordre psychique, lesquelles n'étaient nullement compensées par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation ou l'expérience professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.2.3).

Cette évaluation du taux d'abattement 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).

Étant encore précisé que 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_778/2020 du 27 août 2021 consid. 6 et la référence).

Il ressort des pièces du dossier que les médecins ont relevé les difficultés linguistiques et le manque de formation du recourant. S'ajoute à cela l'éloignement du marché du travail pendant plusieurs années. Or, ces éléments personnels et professionnels doivent être pris en compte dans la mesure où, loin de compenser l'élément négatif de l'âge, ils s'additionnent à ce dernier pour désavantager le recourant sur le critère de la rémunération qu'il peut raisonnablement espérer.

Partant, après analyse du cas concret, la chambre de céans considère que les effets sur la rémunération de ces éléments ont été quelque peu sous-estimés par l'intimé et qu'il faut retenir un taux d'abattement de 15% en lieu et place de celui de 10% retenu par l'intimé.

Le montant retenu pour le salaire avec invalidité et le salaire sans invalidité n'est pas critiqué par le recourant et se fonde, à juste titre, sur le tableau ESS TA1 tirage *skill level* pour un homme.

Ainsi, le salaire après indexation selon ISS de CHF 67'472.- est repris à hauteur de 70% après déduction de la perte de rendement de 30%, ce qui aboutit à un montant de CHF 47'230.40.

En appliquant un taux d'abattement de 15%, on aboutit à un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 40'146.-, en lieu et place de CHF 42'507.-.

Le manque à gagner, par rapport au revenu sans invalidité pour un plein temps de CHF 71'600.-, est de CHF 31'454.-, soit 43.9% arrondi à 44% en lieu et place de

---

40.63% arrondi à 41% avec la perte de gain de CHF 29'093.- retenue par l'OAI en se fondant sur un taux d'abattement de 10%.

À l'aune de ce qui précède, il convient de réformer la décision entreprise en retenant un taux d'invalidité de 44% en lieu et place de 41%, ce qui entraîne un droit à une rente d'une quotité de 35% (art. 28b al. 4 LAI et renvoi à l'annexe 3, taux d'invalidité et de rente) en lieu et place de 27.5 %

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

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation présuppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation, poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et les références), sans qu'il soit nécessaire de recourir à la procédure préalable de mise en demeure prévue par l'art. 21 al. 4 LPGa (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_480/2018 du 26 novembre 2018 consid. 7.3 et les références ; 9C\_59/2017 du 21 juin 2017 consid. 3.3 et les références), une telle procédure préalable n'étant requise que si une mesure de réadaptation a été commencée et qu'il est question de l'interrompre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_783/2015 du 7 avril 2016 consid. 4.8.2 et les références). L'absence de capacité subjective de l'assuré doit toutefois être établie au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.3 et les références).

À cet égard, il convient de rappeler les appréciations de l'expert orthopédiste selon lesquelles le recourant est passif et a une vision négative de l'avenir.

La notion de marché équilibré du travail, au sens de l'art. 16 LPGA, est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si un assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_248/2018 du 19 septembre 2018 consid. 6.2 et les références). En d'autres termes, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites « de niche » (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références).

La jurisprudence a par ailleurs admis que les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré sont suffisamment concrétisées dans la mesure où entrent en considération, comme exemples d'activités exigibles, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références).

Partant, la décision de l'intimé selon laquelle le recourant dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, avec une perte de rendement de 30%, doit être confirmée car le recourant n'a pas rendu vraisemblable que ce sont des limitations liées à son état de santé et non des facteurs dont l'assurance-invalidité n'a pas à répondre - comme le manque de formation et les difficultés linguistiques - qui l'entraveraient dans ses démarches pour retrouver un emploi, ce qui conduit à nier la nécessité d'une mesure de réadaptation.

## 10.

**10.1** En conclusion, la décision querellée sera uniquement réformée sur la question du taux d'invalidité et de la quotité de rente retenue et confirmée pour le surplus.

**10.2** Le recourant, assisté par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de

participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - RS E 5 10.03]).

**10.3** Étant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et réforme la décision de l'intimé du 7 août 2025, en ce sens que le degré d'invalidité retenu est de 44%, ouvrant le droit à une rente d'une quotité de 35%.
3. Confirme la décision querellée pour le surplus.
4. Alloue au recourant, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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