RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3363/2022 **ATAS/401/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 juin 2023

Chambre 6

En la cause

A_____ recourant

Représenté par Me Maxime CLIVAZ, avocat

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1964, de nationalité suisse, a été employé depuis 1985 par l'entreprise B_____ SA, en premier lieu en qualité de ferblantier-couvreur, puis, depuis 1996, d'installateur sanitaire.

b. En 2014, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une instabilité scapho-lunaire du poignet gauche de nature accidentelle, ayant nécessité une plastie.

c. Par décision du 7 juillet 2015, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a rejeté la demande, l'assuré ayant repris son emploi avant d'atteindre une année d'incapacité de travail.

B. **a.** En septembre 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en mentionnant la pose d'une prothèse complète du genou droit, intervenue le 17 juin 2019.

b. Le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté, dans un rapport du 3 octobre 2019, du fait que l'assuré avait subi une arthroplastie totale du genou droit qui avait des répercussions sur sa capacité de travail car il ne pouvait plus se mettre à genoux. Il a toutefois mentionné qu'un essai de reprise du travail à 50% allait être mené dans les mois qui suivaient.

c. Le 20 janvier 2020, l'OAI a décidé de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un maintien au poste de travail.

d. Dans un courrier électronique de début mars 2020 adressé à sa conseillère en réadaptation de l'OAI, l'assuré a indiqué qu'après deux mois d'activité professionnelle à 100% le bilan était un peu mitigé. Il avait toujours des douleurs au genou opéré et son chirurgien désirait le mettre en arrêt à 50%. Lui-même sollicitait plutôt que l'OAI prenne contact avec son employeur en vue de trouver des solutions pour son avenir.

e. L'assuré a été mis en arrêt de travail à 50% dès le 16 mars 2020, puis à 100% dès le 22 juin 2020, pour cause de maladie

f. Par courrier électronique du 23 juin 2020, l'assuré a à nouveau sollicité l'OAI afin de discuter de son avenir professionnel, relevant que la reprise à 50% s'était soldée par un échec, son genou ne lui permettant plus d'exercer l'activité de plombier.

g. Une déclaration d'accident-bagatelle a été remplie le 30 juin 2020, mentionnant un accident datant du 22 janvier 2020 au cours duquel l'assuré avait glissé et s'était tapé la main.

h. Un rendez-vous réunissant l'assuré, l'employeur et la conseillère en réadaptation s'est déroulé en juillet 2020, au terme duquel aucune possibilité de

réadaptation dans l'entreprise n'a pu être dégagée. L'assuré a fait état de ce qu'il rencontrait des problèmes avec ses deux genoux et ses deux mains, mentionnant l'accident professionnel à sa main droite du début de l'année.

i. Dès le 16 juillet 2020, l'assuré a présenté des certificats médicaux d'arrêt de travail à 100% pour cause d'accident établis par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main.

j. Le 29 septembre 2020, l'OAI a communiqué à l'assuré que des mesures d'ordre professionnel n'étaient en l'état pas indiquées.

k. Dans un rapport du 6 octobre 2020, le Dr C_____ a mentionné une évolution favorable du genou droit après l'arthroplastie totale, avec néanmoins une faiblesse résiduelle et des douleurs à l'effort empêchant l'assuré de reprendre un travail lourd de plombier. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, le médecin a relevé une capacité de 100% pour une activité sédentaire, qui lui semblait cependant peu réaliste.

l. Le 13 octobre 2020, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu une expertise sur mandat de l'assurance perte de gain de l'assuré, dans laquelle il a relevé les plaintes de l'expertisé se manifestant sous forme de douleurs du genou droit opéré (à la station assise prolongée ; la station debout prolongée est possible avec des changements constants de jambe d'appui et la nécessité de bouger), mais également de phénomènes de lâchage et de douleurs du genou gauche plaidant pour une future arthroplastie totale, ainsi que de douleurs concernant la main droite à l'effort de serrage et de préhension. Le status orthopédique mentionne un patient d'obésité de classe II sévère, un épanchement intra-articulaire du genou droit, des craquements et crissements de ce membre lors du passage en station debout bien qu'il soit stable, des douleurs au niveau de l'interligne articulaire interne du genou gauche, une palpation douloureuse du poignet gauche avec des dysesthésies locales, tandis que la palpation du poignet droit est indolore, et la présence d'une voussure et tuméfaction douloureuse au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne 2. L'expert a estimé qu'en raison de la double gonarthrose des genoux, l'activité habituelle de plombier n'était plus exigible, tandis que dans une activité adaptée respectant une épargne des genoux la capacité de travail était de 100% sans diminution de rendement, mentionnant à cet égard alternativement une exigibilité dès la date du 1er janvier 2020 ou du 1er février 2020. Selon lui, le diagnostic de status après plastie des deux poignets n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Toute activité de manutention légère respectant les limitations fonctionnelles des genoux (alternance des positions assis-debout, déplacements courts, port de charges limité à 10-15 kg, activité sans position à genoux ou accroupie et sans montée-descente répétitive) était adaptée à l'état de santé de l'expertisé.

m. Dans un rapport du 25 novembre 2020, le Dr D_____ a attesté d'une capacité de travail nulle de l'assuré dans son activité habituelle, en raison d'atteintes à ses deux mains, relevant qu'il ne pouvait pas les utiliser longtemps et en force et qu'il présentait en outre des limitations à la marche, mais ne s'est pas prononcé formellement sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

n. Dans un rapport du 4 mai 2021, la docteure F_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu à titre d'atteintes à la santé incapacitantes une gonarthrose tricompartimentale à droite et une torsion de l'index au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne 2, justifiant une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle dès le 13 mai 2019, mais autorisant une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1er janvier 2020. Elle a relevé que l'assuré avait travaillé au-dessus de ses forces depuis janvier 2020 dans son activité de plombier et qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan de la chirurgie de la main droite à la suite de l'accident du 22 janvier 2020, car il avait pu continuer à travailler durant presque deux mois sans s'arrêter. Ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de position à genou ou accroupi, pas de montée-descente répétitive d'escaliers, échelles ou escabeaux, port de charges limité à 10-15 kg, alternance des positions assis-debout et permettant des déplacements courts, pas de travaux lourds et pas d'utilisation longtemps des mains et en force.

o. Le 26 juillet 2021, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle du 30 août au 19 novembre 2021. Le rapport de stage de l'organisme d'intégration et formation professionnelle daté du 30 novembre 2021 a fait état d'un assuré moyennement investi pour suivre la mesure, n'ayant aucune idée de projet professionnel et mettant plutôt en avant ses difficultés physiques. Il s'était néanmoins montré volontaire pour les ateliers, réalisant un travail de qualité et exécutant correctement toutes les tâches demandées. Le bilan des acquis avait relevé un assuré disposant d'un faible niveau en français et en calcul, tandis que les modules pratiques réalisés avaient mis en avant un rendement généralement moyen de l'assuré et des connaissances préalables de faibles à moyennes. De plus, dès le 23 septembre 2021, l'assuré avait présenté des certificats médicaux d'arrêt à 50% délivrés par le Dr C_____, suite à des douleurs ressenties la journée et la nuit. L'assuré devait effectuer régulièrement des pauses (jusqu'à 20 par jour), allant de deux/trois minutes à 20 minutes. L'assuré avait réalisé un stage en entreprise de dix jours à 50% dans un domaine viticole qu'il avait apprécié mais dont il ne pouvait effectuer tout le cahier des charges, ressentant une augmentation des douleurs aux deux poignets ainsi qu'aux deux genoux.

p. Un rapport du Dr C_____ du 2 novembre 2021, a décrit un assuré présentant une nette augmentation des douleurs au niveau des deux genoux rendant difficile la poursuite du stage à 50%, le gauche présentant par ailleurs une arthrose avancée qui justifiait une arthroplastie totale. Le pronostic était donc mauvais concernant

la poursuite d'activités physiques et le patient allait être très prochainement à l'arrêt total pour une durée indéterminée.

q. Le SMR a pour sa part estimé qu'aucune raison médicale empêchait l'exercice d'une activité strictement adaptée dans l'attente de l'arthroplastie qui, en elle-même, ne justifierait qu'une incapacité de travail temporaire de quatre à six mois.

r. Le 14 janvier 2022, le Dr D_____ a rédigé un rapport résumant les divers accidents de l'assuré au niveau des membres supérieurs, celui de janvier 2020 ayant entraîné une déchirure du ligament collatéral radial de l'index droit. L'assuré était très limité pour tout travail nécessitant des mouvements manuels et avec de la force, cependant qu'une activité légère pouvait être réalisée sans beaucoup de gêne. Le médecin a également mentionné un tableau global de santé justifiant un reclassement ou l'octroi d'une rente.

s. Au sujet de ce rapport, le SMR a estimé qu'il rajoutait deux diagnostics au niveau des poignets, soit une ostéo-ligamentoplastie scapho-lunaire du poignet droit et une dissociation scapho-lunaire du poignet gauche avec compression du nerf médian et début d'arthrose, l'atteinte de l'index étant déjà prise en considération dans son avis du 4 mai 2021. Malgré des limitations fonctionnelles liées à des mouvements répétitifs des poignets, la capacité de travail de l'assuré était toujours entière dans une activité adaptée.

t. Dans son rapport final du 30 mars 2022, la division réadaptation de l'OAI a décidé que d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et fixé la perte de gain à 27%, retenant un abattement de 10% sur le revenu avec invalidité résultant des statistiques selon l'approche pluridisciplinaire. L'OAI a relevé que le certificat d'arrêt de travail à 50% présenté par l'assuré dès le 23 septembre 2020 avait compromis le bon déroulement du stage d'orientation. Plusieurs activités simples et répétitives ne nécessitant aucune formation spécifique étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré qui avaient été énoncées dans l'avis du SMR du 4 mai 2021, telles que des tâches simples de surveillance, de vérification, de contrôle ou des activités d'accueil.

u. Par décision du 13 septembre 2022, ayant fait suite à un projet de décision du 28 juin 2022 critiqué par l'assuré le 18 août 2022, l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 27% et refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles supplémentaires, un reclassement professionnel ne permettant pas, selon toute vraisemblance, de maintenir ou améliorer la capacité de gain de l'assuré.

C. **a.** Le 13 octobre 2022, représenté par un avocat, l'assuré a formé recours à l'encontre de cette décision dont il a sollicité l'annulation. Il a conclu, principalement, à l'octroi d'une pleine rente d'invalidité et, subsidiairement, à ce que son droit à des mesures professionnelles soit constaté et à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour l'octroi de celles-ci, sous suite de frais et dépens.

b. Par mémoire-réponse du 8 novembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, relevant qu'un abattement sur le

revenu avec invalidité de plus de 10% ne se justifiait pas et, qu'en tout état, un abattement maximal de 25% n'ouvrirait pas le droit à une rente d'invalidité. Concernant les mesures professionnelles, le marché équilibré du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans formation particulière, de sorte qu'il ne se justifiait pas de lui en octroyer.

c. Le 6 décembre 2022, le recourant a répliqué, s'en tenant aux éléments soulevés dans son recours.

d. Le 8 février 2023, le recourant a produit une attestation du 30 janvier 2023 du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, attestant de ce qu'il présentait une gonarthrose gauche symptomatique justifiant une intervention chirurgicale en vue de la pose d'une prothèse, qui était programmée pour le 11 mai 2023.

e. La chambre de céans a entendu les parties le 13 février 2023 en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré qu'il n'y avait pas d'évolution de son état de santé et qu'il devait se faire poser une prothèse au genou gauche le 11 mai 2023, en raison d'arthrose. La prothèse au genou droit lui faisait très mal lorsqu'il était immobile longtemps, en particulier la nuit, mais également au démarrage et lorsqu'il marchait longtemps, même si l'opération était réussie sur le plan médical. Il ressentait en outre des fourmillements en permanence à la main gauche, qui était moins souple, et des douleurs lorsqu'il portait des charges. Ses problèmes aux mains avaient débuté une vingtaine d'années auparavant, avec un premier évènement à la main droite, puis, en 2014, un accident à la main gauche qui avait entraîné le versement d'indemnités par l'assurance-accident durant quelques mois et, enfin, l'accident de janvier 2020 ; en desserrant un robinet, il avait glissé et était tombé sur la main droite. Il n'avait déclaré l'accident que plus tard car il pensait que les douleurs allaient passer. Il prenait un traitement médicamenteux pour l'arthrose, mais pas d'antidouleurs. Il ne consultait pas de psychologue ou de psychiatre.

La tentative de reprise de travail en janvier 2020 avait été un échec en raison des douleurs. Travailler à temps plein était compliqué. Lorsqu'il avait effectué son stage de réadaptation à 100%, il avait ressenti des douleurs tant au genou droit qu'à la main gauche qui l'obligeaient à rester tranquille tous les soirs et les week-ends. Il avait néanmoins pu terminer le stage après que son médecin avait réduit son taux à 50%. Le stage avait conclu à des restrictions sur le plan physique. Il ne pouvait réaliser une activité assise que s'il pouvait bouger au minimum chaque deux heures. Lorsqu'il faisait un trajet en voiture, il lui était par exemple difficile de sortir du véhicule et de se remettre à marcher car son genou droit se bloquait et il n'arrivait pas à le plier.

Il n'arrivait pas à se projeter dans une activité adaptée à ses limitations. Ayant travaillé 35 ans dans la plomberie, il était conscient d'être limité sur le marché du travail et ne voyait pas ce qu'il pouvait faire, raison pour laquelle il sollicitait une rente de l'assurance-invalidité, ce d'autant plus qu'il ne pensait pas pouvoir travailler à 100% et avait des doutes pour un temps partiel.

Le représentant de l'intimé a déclaré que même si le recourant ne pouvait plus accomplir une activité d'ouvrier, d'autres activités contenues dans le cahier des charges du stage d'orientation étaient réalisables. Le SMR avait tenu compte du fait qu'il avait besoin d'une activité alternée entre la position assise et debout et le service de réadaptation avait rendu un rapport sur les activités exigibles de la part du recourant (surveillance, accueil) ; celles-ci permettaient en principe l'alternance des positions. Jusqu'à l'opération de mai 2023, le SMR estimait que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée et l'intervention n'aurait pas d'incidence à cet égard, ce d'autant plus qu'elle devrait améliorer l'état de santé du recourant.

f. Sollicité par la chambre de céans, le Dr G_____ a expliqué, par courrier du 10 mars 2023, qu'il suivait le recourant depuis le 20 janvier 2023. Les diagnostics posés étaient ceux de gonarthrose tri-compartimentale gauche et status post-prothèse totale du genou droit. Ils engendraient les limitations fonctionnelles suivantes : incapacité d'être en genoux fléchis et de monter et descendre les escaliers pour une longue période. Dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 100%, depuis la première date de consultation en janvier 2023. Le rendement du recourant par rapport à un assuré valide était réduit, dans une mesure qu'il ne pouvait pas quantifier. Au surplus, le Dr G_____ a indiqué être d'accord avec les points de vue du Dr E_____ et du SMR concernant une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée respectant une épargne des genoux (sans genoux fléchis), sans montées ou descentes répétitives d'escaliers et d'escabeaux, sans port de charge de plus de 10-15 kg de manière répétitive, en alternance de position assise ou debout et avec des déplacements courts.

g. Également interrogé par la chambre de céans, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué, dans un courrier du 22 mars 2023, suivre le recourant depuis février 2022. Il a posé les mêmes diagnostics que le Dr G_____ et expliqué que les limitations fonctionnelles consistaient en le fait que le recourant trouvait très douloureux la position assise longtemps, la position accroupie ou à genoux au sol et lorsqu'il se relevait. Il présentait également des réveils nocturnes en lien avec les deux genoux et des douleurs en positions immobiles persistantes. La capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée, depuis qu'il le suivait à sa consultation et antérieurement. Il a en outre affirmé que le rendement du recourant était limité par rapport à un assuré valide en raison de douleurs récalcitrantes au genou droit opéré et de douleurs liées à sa gonarthrose gauche invalidante, mais n'être pas suffisamment qualifié pour

chiffrer la baisse. Il partageait les points de vue du Dr E_____ et du SMR concernant la pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant une épargne des genoux.

h. Quant au Dr D_____, il a précisé, dans un rapport du 16 mars 2023 adressé à la chambre de céans, que les diagnostics étaient ceux de dissociation scapho-lunaire du poignet droit (traitement du 31 juin 2002 au 10 février 2003), dissociation scapho-lunaire du poignet gauche (traitement du 14 mars 2003 au 4 juin 2020) et instabilité externe de la métacarpo-phalangienne de l'index droit sur rupture du ligament collatéral externe (traitement du 4 juin 2020 au 27 septembre 2021). Le poignet droit ne présentait pas de limitation fonctionnelle, alors que le gauche présentait une limitation modérée de la fonction en raison de la douleur et de la diminution de la force relative. Au niveau de l'index droit, une gêne fonctionnelle était présente pour l'écriture et la préhension de la pince pollici-digitale en raison principalement de l'instabilité articulaire. La capacité de travail en lien avec le poignet droit était complète, celle en lien avec le poignet gauche de 80% et elle était diminuée de 30% en ce qui concernait l'index droit. La capacité de travail n'était donc pas suffisante pour rendre exigible une reprise du travail dans l'activité habituelle de plombier ou une autre activité du bâtiment. Dans une activité adaptée, évitant les ports de charges lourdes, les mouvements répétitifs du poignet et les serrages en force, une capacité résiduelle de 75% pouvait être retenue dès le 1er octobre 2021, son dernier examen remontant à septembre 2021. L'addition des trois diagnostics limitait le rendement du recourant, même dans un travail adapté, des pauses de dix minutes pour reposer le poignet gauche et éviter la surcharge, toutes les heures ou toutes les deux heures selon l'importance des efforts, devant être proposées. Toutes ces limitations mises ensemble représentaient une capacité de 75%.

i. Le 8 mai 2023, l'intimé s'est rallié à l'appréciation du SMR du même jour qui spécifiait qu'au vu des réponses des médecins traitants, les précédentes conclusions concernant les atteintes des genoux demeuraient valables, mais qu'il fallait compléter les limitations fonctionnelles des poignets et de l'index conformément aux descriptions du Dr D_____. Cependant, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles des mains, telle que proposée par le service de réadaptation, la capacité de travail du recourant était entière sans baisse de rendement, car des pauses pour décharger les mains n'étaient pas nécessaires.

j. Le recourant s'est déterminé le 10 mai 2023, soulignant que ses trois médecins traitants avaient relevé qu'il subissait une diminution de rendement, même dans une activité adaptée, ce sur quoi le SMR ne s'était pas prononcé. Le Dr D_____ avait au surplus attesté d'une limitation de sa capacité de travail dans une activité adaptée. Le SMR reconnaissait les limitations fonctionnelles posées par ce médecin, mais estimait à tort que les activités mentionnées par le service de réadaptation étaient adaptées, alors que toutes exigeaient un usage important des

membres supérieurs et ne garantissaient pas l'alternance des positions assis-debout. Il estimait donc que des activités compatibles avec ses limitations fonctionnelles n'étaient pas présentes en nombre suffisant sur un marché équilibré du travail.

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

EN DROIT

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

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

2. 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 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

4. 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) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, le droit éventuel à la rente est né avant le 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de 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.

6. Le litige porte sur le doit à la rente d'invalidité du recourant et son droit à des mesures professionnelles.

7. 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 vigueur dès le 1er janvier 2008).

8. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

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

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

10.

10.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193

consid. 3.2 et les références ; ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 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 a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

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

10.3 Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

10.4 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).

10.5 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10.6 Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs

tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêts du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, *in* SVR 2011 IV n° 6 p. 17 et 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, *in* Plädoyer 2009/1 p. 70 ; arrêt du Tribunal fédéral I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, *in* Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

10.7 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).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît

nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n° 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

12. 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).

13. En l'espèce, seule la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est litigieuse, son incapacité totale de travail dans son activité habituelle de plombier étant reconnue.

Il s'agit donc de déterminer si l'instruction médicale du dossier permettait d'aboutir à la conclusion que le recourant dispose d'une capacité entière de travail dans une activité adaptée dès le 1er janvier 2020, tel que l'a retenu le SMR.

13.1 À titre liminaire, il sied de constater que le SMR a évalué la situation médicale sans avoir lui-même procédé à un examen médical, comme l'y autorise l'art. 49 al. 2 RAI, mais après avoir recueilli les avis des médecins traitants du recourant et pris connaissance de l'expertise réalisée par le Dr E_____.

Au sujet de cette expertise, l'on retiendra, quant à sa forme, qu'elle ne répond pas à la qualification d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. Elle n'a en effet pas été

réalisée sur mandat d'une assurance sociale, mais sur celui de l'assurance perte de gain, et ne respecte pas le processus de désignation de l'expert et les droits de participation de l'assuré instaurés par cette norme.

Quant à son contenu, l'évaluation du Dr E_____ contient les éléments essentiels d'une expertise, à savoir une anamnèse, la description des plaintes du recourant, un status orthopédique et des conclusions discutées après la synthèse médicale du dossier. Pour autant, les conclusions du Dr E_____ n'emportent pas, en tant que telles, la conviction. On peine en effet à comprendre pour quelle raison l'expert a retenu que le status après plastie scapho-lunaire des poignets n'est pas incapacitant, alors qu'il relève au cours de son examen clinique une mobilité légèrement restreinte du poignet gauche, une palpation de l'articulation quelque peu douloureuse et une palpation sensible de la cicatrice de cure du tunnel carpien avec des dysesthésies locales à la percussion. L'expertise ne contient aucune explication à cet égard, l'expert se contentant de faire figurer le diagnostic précité dans la rubrique de ceux n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail. Par ailleurs, le Dr E_____ ne mentionne pas même de diagnostic – incapacitant ou non – en lien avec les doigts, de sorte que son évaluation concernant les membres supérieurs ne paraît pas complète, le recourant ayant précisément subi une lésion de l'index droit en janvier 2020 et ayant été mis en arrêt de travail par le Dr D_____ dès juillet 2020. Il sied par ailleurs de souligner que le Dr E_____ n'est pas spécialisé en chirurgie de la main et que son expertise a été établie avant que le Dr D_____ rédige son premier rapport médical. L'expertise n'est donc pas exhaustive concernant les atteintes aux membres supérieurs du recourant. En tant qu'elle a été rendue en octobre 2020, soit près de deux ans avant le prononcé de la décision litigieuse, l'expertise ne peut pas non plus être considérée comme probante concernant les atteintes des membres inférieurs, dans la mesure où elle n'intègre pas leur évolution récente, notamment concernant le genou gauche finalement opéré en mai 2023, mais qui était déjà jugé comme incapacitant par le Dr C_____ en novembre 2021. La question centrale de l'éventuelle diminution de rendement n'est par ailleurs pas discutée à satisfaction et l'expertise contient une imprécision concernant la date d'exigibilité de la reprise d'une activité adaptée, qui n'est pas non plus motivée.

Ces éléments ne permettent pas d'accorder une force probante suffisante à l'expertise.

13.2 Il apparaît par ailleurs que les conclusions du SMR aux termes desquelles le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1er janvier 2020 ne sont soutenues par aucune autre pièce claire du dossier. L'instruction menée par l'intimé a en effet permis de récolter des rapports médicaux des Drs C_____ et D_____, qui ne permettent néanmoins pas d'aboutir à ce résultat. Certes, dans son rapport du 6 octobre 2020, le Dr C_____ a mentionné une capacité de travail de 100% pour un travail sédentaire ; il a cependant immédiatement indiqué que cela lui semblait « peu réaliste ».

L'ambiguïté ainsi suscitée aurait dû être levée par l'intimé en demandant des clarifications au Dr C_____, étant relevé que les conclusions ultérieures de ce médecin ne plaidaient pas non plus pour l'exercice d'une activité professionnelle à 100%, au vu de son rapport du 2 novembre 2021, dans lequel il a fait état d'une très nette péjoration du genou gauche du recourant et de difficultés à terminer le stage à 50%, justifiant un prochain arrêt total. Quant au Dr D_____, les réponses contenues dans son rapport du 25 novembre 2020 ne permettent pas de conclure à une capacité de travail dans une activité adaptée ; il en va de même du rapport du 14 janvier 2022, dans lequel il a indiqué que les problèmes des membres supérieurs justifieraient un reclassement professionnel drastique et que le tableau global de santé plaidait pour un reclassement ou l'attribution d'une rente.

À défaut de mise en œuvre d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA ou d'un examen médical réalisé par le SMR, ce service, dont la tâche est pourtant de faire une synthèse des éléments au dossier et d'élever des recommandations, ne pouvait donc conclure à une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée sur la base des avis qui avaient été recueillis.

13.3 Interrogé par la chambre de céans, le Dr D_____, spécialiste en chirurgie de la main, a diagnostiqué de manière claire trois atteintes affectant la main droite et les poignets du recourant, en décrivant précisément dans quel cas elles induisaient des limitations fonctionnelles. À ce titre, ce médecin a retenu une limitation modérée de la fonction du poignet gauche en raison de la douleur et de la diminution de la force relative, une absence de limitation pour le poignet droit, mais une gêne à l'écriture et des douleurs aux chocs et aux efforts de vissage et de préhension en pince pollici-digitale en raison de l'instabilité articulaire de l'index droit. Son rapport, bien que détaillé, ne peut néanmoins suffire pour établir la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. En effet, en premier lieu, le médecin n'a pas revu le recourant depuis le mois de septembre 2021, de sorte qu'une éventuelles évolution des pathologies (favorable ou défavorable) n'a pas pu être prise en compte. De plus, les conclusions du Dr D_____ ne sont pas limpides sur le fait de savoir si le recourant présente une incapacité de travail en tant que telle dans une activité adaptée ou si seul son rendement est diminué, en ce sens qu'une activité adaptée peut être réalisée à temps complet d'un point de vue médico-théorique, mais nécessite de faire des pauses pour éviter la surcharge et se reposer. Or, cette distinction est essentielle puisque le SMR, qui ne remet pas en cause les limitations fonctionnelles mises en avant par le Dr D_____, estime que la capacité de travail du recourant n'est pas affectée et que les activités proposées par le service de réadaptation ne nécessitent pas de faire des pauses pour décharger les mains, de sorte que le rendement n'est pas diminué. Avant de déterminer si les activités envisagées respectent concrètement les limitations fonctionnelles du recourant – ce qui n'est pas une question médicale mais doit être précisé en concertation avec le service de réadaptation au regard des exigences requises par chaque activité – il faut cependant circonscrire de manière précise sa

capacité de travail d'un point de vue médico-théorique et se prononcer en outre sur son rendement sous l'angle médical, celui-ci pouvant, ou non, être diminué dans une activité adaptée, que celle-ci soit exercée à temps plein ou à temps partiel, en fonction par exemple de la nécessité de réaliser des pauses ou en raison d'un ralentissement du rythme de travail.

Il se justifie ainsi de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, la capacité de travail du recourant au regard de ses pathologies aux membres supérieurs n'étant pas suffisamment investiguée.

13.4 Un tel renvoi permettra en outre d'éclaircir la question de l'éventuelle diminution de rendement liée aux atteintes des genoux. Certes, les Drs G_____ et H_____ ont mentionné être d'accord avec les conclusions du Dr E_____ et souscrire à une capacité entière de travail du recourant dans une activité adaptée. Cependant, ils ont tous deux également affirmé que son rendement était réduit par rapport à un assuré valide en raison de la gonarthrose gauche invalidante et du status post prothèse totale du genou droit, dans une mesure qu'ils ne parvenaient néanmoins pas à quantifier. Le fait qu'ils concèdent ne pas être en mesure de chiffrer cette diminution de rendement ne permet pas, *in fine*, d'écarter cet élément, largement corroboré par la mesure d'intégration professionnelle ayant mis en avant que le recourant avait dû varier les positions et réaliser de nombreuse pauses lors des divers ateliers, de durée variable, afin de soulager ses membres inférieurs et ses douleurs, même lorsqu'il montrait de l'intérêt pour l'activité réalisée et quand bien même la mesure avait rapidement été effectuée à 50% seulement. Il est également frappant de constater que le SMR ne s'est pas prononcé sur le rapport dressé par le centre de réadaptation, ne confrontant pas ses conclusions à la lumière des constatations faites à cette occasion. Or, si l'avis du médecin prime en règle générale sur celui du centre d'observation, ceci nécessite que le premier ait au minimum motivé les raisons pour lesquelles il s'écarte des observations de terrain, la capacité de travail d'un assuré devant être établie en étroite et réciproque collaboration entre ces deux acteurs. La difficulté du recourant à maintenir sur la durée une position assise, impliquant la nécessité d'alterner les positions, figure par ailleurs dans l'expertise du Dr E_____, dans le rapport médical du Dr H_____ du 22 mars 2023 et cet élément a de plus été confirmé par le recourant lors de son audition. Par conséquent, il est permis de penser que les affections des membres inférieurs entraînent une diminution de rendement, dont la portée exacte doit être précisée sur le plan médical.

13.5 Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer sur le droit à la rente du recourant, les conclusions médicales au dossier n'étant pas suffisamment probantes pour établir les conséquences réelles de ses atteintes à la santé quant à sa capacité de travail.

Dans la mesure où des doutes subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'intimé, il est nécessaire d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer l'affaire à l'intimé pour

instruction complémentaire, étant rappelé qu'il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences de l'instruction menée par l'administration, sur des points qu'elle n'a pas du tout investigués (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

L'intimé devra ainsi procéder à une nouvelle instruction du dossier portant sur les affections des membres supérieurs et des membres inférieurs, leur évolution, et leur impact global sur la capacité de travail du recourant et son rendement, mais également, en fonction du résultat de l'instruction médicale, devra requérir un avis détaillé de son service de réadaptation quant à la question de savoir si les activités qu'il avait jugées adaptées le sont réellement au regard de l'ensemble des limitations fonctionnelles du recourant, singulièrement de la nouvelle limitation fonctionnelle admise par le SMR concernant la pince pollici-digitale à la main droite.

À la suite de cette instruction, l'intimé calculera à nouveau la perte de gain du recourant, en tenant compte des dernières données de l'ESS, étant rappelé que les statistiques de l'année 2020 font état de salaires légèrement plus bas que celles de l'années 2018 sur lesquelles l'intimé s'est fondé.

14. Ce qui précède rend à ce stade sans objet les critiques du recourant concernant le calcul de la perte de gain (abattement insuffisant), l'absence de perspectives réalistes de trouver un emploi sur le marché équilibré du travail compte tenu de son âge et de ses limitations fonctionnelles, ou l'octroi de mesures professionnelles.

15. En conclusion, le recours sera partiellement admis.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé 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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 13 septembre 2022.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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