RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3675/2021 **ATAS/887/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 novembre 2023

Chambre 5

En la cause

A_____ recourant

représenté par Me Charles PIGUET, 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.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1986, a été victime d'un accident de la circulation en date du 12 août 2017 ; alors qu'il conduisait son scooter, il a été heurté par un véhicule et a chuté.

b. Transporté aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), les médecins ont constaté une plaie profonde dans la région du pli de l'aine, des douleurs costales du côté droit, ainsi que des douleurs au genou gauche. Il a séjourné aux HUG jusqu'au 14 août 2017 avant de regagner son domicile avec une antibiothérapie prophylactique. Sa lettre de sortie des HUG, datée du 16 août 2017, mentionnait notamment un diagnostic secondaire de contusion du genou gauche sans lésion osseuse, selon la radiographie du 14 août 2017.

c. L'assuré a été suivi pendant trois semaines aux HUG, s'y rendant tous les deux jours afin de désinfecter la plaie, jusqu'à la cicatrisation de cette dernière. Suite à un examen IRM effectué le 15 septembre 2017, le docteur B_____, spécialiste FMH en radiologie, a notamment diagnostiqué une fracture par impaction du versant postérieur du condyle fémoral externe et du plateau tibial externe au genou gauche.

d. Au moment de l'accident, l'assuré était associé gérant de la société C_____ (ci-après : C_____), exploitant le restaurant à l'enseigne « D_____ », dont il était le seul employé. Il était détenteur de 18 parts de CHF 1'000.- chacune, sur les 20 parts constituant le capital social de C_____.

e. C_____ avait conclu un contrat d'assurance pour les accidents professionnels et non professionnels avec SWICA Assurances SA (ci-après : SWICA ou l'intimée).

B. **a.** Par déclaration d'accident LAA, datée du 16 août 2017, C_____ a annoncé à SWICA l'événement du 12 août 2017.

b. Le médecin traitant de l'assuré, le docteur E_____, généraliste FMH, lui a prescrit des séances de physiothérapie et des médicaments. En raison de la persistance des douleurs, il a adressé l'assuré au docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui lui a conseillé de poursuivre le traitement conservateur, ce que l'assuré a fait, se rendant à une trentaine de séances de physiothérapie, qui se sont terminées en décembre 2017.

c. Le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, expert mandaté par SWICA, a rendu un rapport d'expertise orthopédique daté du 14 février 2018, concluant, en p. 5 du rapport, que l'assuré était « désormais apte à reprendre son travail habituel » tout en recommandant d'éviter « de monter ou descendre les escaliers et les pentes à répétition, ainsi que de marcher en terrain irrégulier ».

d. Par courrier du 14 septembre 2018, le Dr F_____ a confirmé à SWICA que l'état de santé de l'assuré était stabilisé depuis le 14 juin 2018, date du dernier contrôle, et qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles.

e. Par courrier du 22 mars 2019, le conseil de l'assuré a demandé au docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, d'effectuer une expertise privée et de se déterminer sur l'état médical de l'assuré en lien avec son genou gauche, éventuellement son genou droit.

f. Le Dr H_____ a rendu un rapport d'expertise médicale privée daté du 13 mai 2019 et a considéré que l'appréciation de SWICA, qui fixait une capacité de travail à 100% dans le métier de l'assuré, avec aménagements, n'était pas réaliste, car elle était purement médico-théorique et nullement applicable. Le patient continuait de se plaindre de douleurs du genou gauche, postéro interne et externe qui étaient handicapantes dans la vie quotidienne et bien sûr professionnellement, avec les contraintes que cela imposait. L'évolution était d'autant plus défavorable qu'elle atteignait maintenant le genou droit, qui était mentionné comme normal dans l'expertise. Les douleurs du genou droit étaient ainsi similaires à celles du genou gauche sauf qu'elles étaient post externes, mais empêchaient le port de charges, la montée et la descente des escaliers. Commentant l'IRM du genou droit, le Dr H_____ décrivait un œdème osseux de surcharge mécanique. Pour le genou gauche, l'IRM faisait notamment apparaître une consolidation de la fracture et une déchirure partielle du LCA.

g. Aux questions posées par le conseil de l'assuré, le Dr H_____ a répondu que l'état de santé du patient n'était pas stabilisé et que celui-ci présentait des handicaps persistants dans le cadre de son métier, avec un risque d'aggravation. Le genou gauche était toujours douloureux et souffrait d'une déchirure horizontale du ménisque interne. Le genou droit était devenu douloureux et présentait des fractures ostéo chondrales du plateau tibial externe, fraîches, ce qui laissait à penser que les lésions étaient survenues après l'accident, par surcharge. Les lésions chondrales patellaires sévères et internes chez un patient de moins de 40 ans n'étaient probablement pas dégénératives. Le médecin considérait que les plaintes actuelles du patient étaient objectivables, mais une guérison totale ne pouvait pas être garantie. Les facteurs fonctionnels limitant étaient la marche, la montée, la descente des pentes et escaliers, ainsi que le port de charges, toutes activités qui étaient contre-indiquées.

h. Se fondant sur le rapport du Dr H_____, le conseil de l'assuré a demandé à SWICA, par courrier du 16 mai 2019, de confirmer la prise en charge du patient, dont l'état était toujours évolutif et non stabilisé, en relation avec les lésions subies le 12 août 2017. *A minima*, il s'agissait d'un cas de rechute au sens de l'art. 11 OLAA qui devait être pris en charge par l'assurance-accidents.

i. Parallèlement au dossier instruit par l'assurance-accidents SWICA, l'assuré a déposé une demande de prestations invalidité auprès de l'office de l'assurance-

invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), qui l'a reçue en date du 12 juin 2019. Comme troubles de la santé pouvant donner lieu à des prestations invalidité, le recourant a cité les suites de l'accident du 12 août 2017 et a produit les pièces médicales déjà communiquées dans le cadre de la procédure avec SWICA.

j. Par courrier du 8 juillet 2019, SWICA a informé le conseil de l'assuré que ce dernier serait soumis à une expertise médicale confiée au docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Suite à l'examen du genou gauche de l'assuré, le Dr I_____ a considéré qu'il s'agissait d'une fracture de taille microscopique, qui ne présentait aucune conséquence mécanique, en particulier pour les surfaces articulaires du genou, et n'entraînait aucun danger de complication. Selon l'expert, le Dr H_____ n'avait pas analysé de manière exhaustive la documentation médicale et avait négligé un certain nombre de points, notamment l'analyse des radiographies du genou gauche effectuées le jour de l'accident. L'expert considérait que l'évolution du genou gauche était favorable, avec une pleine capacité de travail au 14 décembre 2018. En ce qui concernait le genou droit, il n'y avait pas de relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel, car aucun document médical ne signalait une lésion du genou droit et il avait fallu attendre une année et demie après l'accident pour que l'assuré commençât à se plaindre de douleurs au genou droit. En conclusion, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr H_____ étaient injustifiées et l'expert s'étonnait du caractère résiduel des douleurs postéro externes droites qui n'avaient pas de lien avec l'accident. S'agissant des douleurs fémoro-patellaires gauches, il considérait qu'elles étaient de nature maladive, sans relation de causalité naturelle avec l'événement ici considéré. Toutes les lésions constatées comme ayant un lien de causalité naturelle avec l'événement du 12 août 2017 étaient guéries ; il n'existait pas de rechute ni de séquelles tardives de l'accident du 12 août 2017.

k. Par courrier du 6 novembre 2019, SWICA a rendu une décision de refus de prise en charge de la rechute annoncée, considérant que la relation de causalité entre l'accident du 12 août 2017 et la rechute ou les séquelles tardives, constatées depuis avril 2019, n'était pas prouvée au degré de la vraisemblance prépondérante, notamment après l'expertise réalisée par le Dr I_____.

l. Par pli du 9 décembre 2019, le conseil de l'assuré s'est opposé à la décision du 6 novembre 2019, contestant le fait que l'état médical était stabilisé. Il estimait qu'il ne s'agissait pas d'une rechute, mais bien de la suite continue des conséquences de l'accident du 12 août 2017. Il rappelait qu'il y avait eu une altercation entre son mandant et le Dr I_____ lors de la consultation, et estimait que l'avis de ce dernier ne pouvait pas être retenu ; il concluait à l'annulation de la décision et à l'octroi d'indemnités journalières, en faveur de l'assuré, depuis la date de l'accident jusqu'à ce jour, ainsi qu'à l'octroi de l'assistance juridique gratuite.

m. Par décision sur opposition du 21 février 2020, SWICA a confirmé la décision du 6 novembre 2019, pour les motifs déjà exposés dans cette dernière et a refusé la demande d'assistance judiciaire gratuite.

n. L'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition de SWICA auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Une procédure a été ouverte sous numéro A/1200/2020. La chambre de céans a ordonné l'apport du dossier de la présente procédure dans la procédure A/1200/2020 puis a ordonné une expertise orthopédique, qui a été confiée à la docteure J_____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur.

o. En dépit de très nombreux rappels, l'experte n'a pas rendu son rapport d'expertise, raison pour laquelle la chambre de céans a résilié le mandat d'expertise de la Dre J_____ en date du 1er février 2023 et l'a confié à deux co-experts, le professeur K_____ et le docteur L_____, tous deux spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

p. Ils ont rendu leur rapport d'expertise en date du 3 juillet 2023.

L'expertise contenait une courte anamnèse familiale, ainsi qu'une anamnèse professionnelle et une anamnèse de l'événement, toutes deux détaillées. Les rapports médicaux étaient repris et résumés, tout particulièrement ceux des Drs F_____, H_____ et I_____. Après examen clinique et étude de l'imagerie médicale, les co-experts ont retenu les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail :

- un déconditionnement des deux genoux avec douleurs antérieures ;
- pour le genou gauche : un kyste méniscal sur la corne antérieure et postérieure du ménisque interne ; une lésion du ménisque interne corne postérieure Zone 2, pars intermédia Zone 1 ; une chondropathie de la facette interne grade II à III ; un status post lésion LLI grade I à II et entorse LCA, le 12 août 2017 ;
- les diagnostics étaient tous préexistants sur le genou gauche à l'exception de la lésion LLI et entorse LCA apparues lors de l'accident et avec la possibilité d'une acutisation de la lésion du ménisque interne lors de l'accident ;
- pour le genou droit : une chondropathie rotulienne de la facette interne, grade III à IV ; une lésion ménisque interne corne postérieure Zone 2 ; un kyste de la corne postérieure du ménisque interne ainsi que semi-membraneux ;
- les diagnostics étaient tous préexistants pour le genou droit, une entorse LCA grade II avait pu apparaître, probablement deux mois avant le 8 avril 2019 selon l'IRM du genou droit.

Les co-experts ont considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé en ce qui concernait les lésions du genou gauche subies lors de l'accident du 12 août 2017 et qui se présentaient comme guéries. S'agissant des lésions kystiques du ménisque

interne du genou gauche, celles-ci se présentaient comme non entièrement stabilisées.

S'agissant de la causalité avec l'accident du 12 août 2017, les co-experts retenaient un lien de causalité possible entre l'accident et la lésion du ménisque interne du genou gauche et une causalité certaine entre l'accident et le status post lésion LLI et entorse LCA du genou gauche. Pour le genou droit, il n'y avait pas de rapport de causalité avec l'accident du 12 août 2017.

Selon les co-experts, l'accident avait décompensé un état maladif préexistant et avait notamment aggravé les lésions kystiques méniscales du genou gauche qui pouvaient, par la suite, s'être maintenues en raison d'un déconditionnement ; le *statu quo sine* du kyste méniscal avait probablement été atteint le 14 juin 2018 lors de la fin du traitement confirmée par le Dr F_____. Cette stabilité des lésions kystiques et une possible interprétation pour un *statu quo sine* étaient, selon les co-experts, possibles en raison du manque d'évolution observé par comparaison des IRM du 30 janvier 2018 et du 8 avril 2019.

S'agissant du moment où la capacité de travail de 100% avait été atteinte, les co-experts se sont fondés, notamment, sur le certificat d'arrêt de travail signé le 12 août 2017, puis sur l'attestation, par le Dr F_____, de la récupération de 100% de la capacité de travail de l'assuré à partir du 15 juin 2018. Ce laps de temps était expliqué par le retard dans la réhabilitation, l'évolution lente et le travail de l'expertisé. Les co-experts considéraient également que, suite à l'accident, l'expertisé avait présenté une phase de décharge prolongée, d'une part liée aux douleurs et lésions du genou gauche, d'autre part liée à la lésion scrotale subie lors de l'accident. Cette phase prolongée de décharge et le manque de rééducation initiale avaient amené un retard de rééducation.

Les co-experts considéraient que la capacité de travail de 100% retenue par le Dr G_____ dès le 14 février 2018 dans l'activité habituelle n'était pas envisageable en raison du fait que la personne expertisée travaillait dans la restauration et devait régulièrement porter des charges et monter et descendre des escaliers.

En ce qui concernait les avis du Dr F_____, les co-experts jugeaient justifiées les limitations fonctionnelles concernant la montée et la descente des escaliers et le port de charges, qui avaient été posées par ce médecin dans son rapport du 5 mars 2018. S'agissant du rapport du 26 avril 2018 du même médecin, les co-experts ne retrouvaient pas de diagnostic. Ils mentionnaient que le Dr F_____ considérait une reprise possible à 100% dans une activité se déroulant de plain-pied, en accord avec la volonté de la personne expertisée qui souhaitait reprendre son activité habituelle de restaurateur, mais dans un autre local, sans devoir monter et descendre des escaliers.

S'agissant de l'appréciation médicale du Dr H_____ du 13 mai 2019, les co-experts ont constaté qu'aucun diagnostic actuel n'était décrit, que la capacité de

travail n'avait pas été évaluée, ni démontrée en détail ; les co-experts ne partageaient pas, en substance, les conclusions du Dr H_____.

Enfin, en ce qui concernait l'avis du Dr I_____ du 15 octobre 2019, ses conclusions étaient partagées par les co-experts, mis à part le fait que les lésions kystiques liées aux lésions du ménisque interne montraient une péjoration lors du suivi par IRM entre 2019 et 2022. Néanmoins, les co-experts rejoignaient le Dr I_____ dans l'appréciation que les lésions en lien de causalité naturelle avec l'accident étaient guéries, avec persistance d'une légère instabilité et la possibilité d'une complication tardive, liée à l'augmentation de volume des kystes méniscaux du genou gauche, tout en considérant qu'au vu de l'historique il s'agissait d'une évolution naturelle de ces lésions.

q. Après un nouvel échange d'écritures des parties sur le rapport d'expertise, la chambre de céans, par arrêt du 21 septembre 2023 (ATAS/708/2023), a rejeté le recours de l'assuré, en se fondant, notamment, sur le rapport d'expertise du 3 juillet 2023. L'arrêt du 21 septembre 2023 est entré en force.

C. **a.** Dans le cadre de son instruction, l'OAI a réalisé un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante, en date du 11 juin 2021, prenant acte que l'état de santé était bien stabilisé en date du 9 février 2018 ; l'entretien avec l'assuré a permis d'établir, plus en détail, les diverses activités indépendantes exercées par ce dernier.

b. Par note de travail du 19 juillet 2021, le gestionnaire de l'OAI a rappelé que le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) s'était prononcé en date du 23 avril 2020 sur la base du dossier de SWICA et des expertises médicales ordonnées par cet assureur. Il retenait une atteinte incapacitante et considérait que la capacité de travail était pleine dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. L'OAI était prêt à suivre ces appréciations et estimait que, selon l'enquête économique, la dernière activité de restaurateur ne respectait pas les limitations fonctionnelles. Afin de déterminer le degré d'invalidité, il était procédé à une comparaison des revenus en appliquant un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles.

c. Retenant le statut d'actif à 100%, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité dans une activité adaptée en se fondant sur le tableau de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) TA 1_tirage_*skill_level* et en appliquant l'indexation selon l'indice suisse nominal des salaires (ci-après : ISS) pour aboutir à un salaire après indexation sans invalidité de CHF 67'767.-. En appliquant un abattement de 10%, le revenu annuel brut avec invalidité dans une activité adaptée a été fixé à CHF 60'990.-. L'OAI a ensuite tenu compte du revenu, avant l'atteinte à la santé, tel qu'il avait été établi en 2018, soit CHF 54'218.- puis l'a comparé avec le revenu annuel brut avec invalidité découlant des ESS, soit CHF 60'990.-. Ce dernier revenu étant plus élevé que le revenu effectivement réalisé par l'assuré en 2018 (soit CHF 54'218.-), l'OAI a considéré que le degré d'invalidité était nul.

d. Par projet de décision du 22 juillet 2021, l'OAI a informé l'assuré de son refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, en indiquant qu'à l'issue de la comparaison des revenus, le revenu sans atteinte à la santé s'élevait à CHF 54'218.- alors que le revenu avec atteinte à la santé, fondé sur les ESS, s'élevait à CHF 60'900.-. Il en résultait un degré d'invalidité de 0%.

e. L'assuré n'a pas réagi et l'OAI a rendu, en date du 24 septembre 2021, une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, qui reprenait intégralement le contenu du projet de décision du 22 juillet 2021.

D. **a.** Par acte de son mandataire posté le 27 octobre 2021, l'assuré a recouru auprès de la chambre de céans contre la décision du 24 septembre 2021. Il a conclu, préalablement, à ce que la procédure soit suspendue, jusqu'à droit jugé dans la procédure A/1200/2020 l'opposant à SWICA, et principalement à l'annulation de la décision querellée, à ce qu'il soit dit que le recourant avait droit à des mesures de réadaptation à compter du 31 juillet 2018, ainsi qu'à des indemnités journalières à compter de cette même date, le tout sous suite de frais et dépens.

b. Dans sa réponse du 22 novembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours en se fondant, notamment, sur les rapports des Drs F_____, G_____ et I_____. S'agissant de la demande de suspension de la présente procédure, l'OAI s'y est opposé en considérant que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'avait pas d'effet contraignant pour l'assurance-invalidité et réciproquement.

c. Par réplique du 14 janvier 2022, le recourant a complété son recours et a rappelé que l'expertise orthopédique ordonnée par la chambre de céans, dans le cadre de la procédure A/1200/2020 l'opposant à SWICA, ne portait pas uniquement sur la causalité entre l'accident subi et l'atteinte à la santé, mais également sur le diagnostic complet des atteintes actuelles, les limitations fonctionnelles, les diagnostics posés et la capacité de travail résiduelle du recourant, raison pour laquelle la présente procédure devait être suspendue jusqu'à ce que ladite expertise soit rendue. En ce qui concernait la détermination des revenus, le recourant contestait la détermination du degré d'invalidité en estimant que le revenu d'indépendant devait être déterminé en se demandant ce qu'il aurait pu être en tenant compte du développement probable de l'entreprise, si l'intéressé n'avait pas été atteint dans sa santé. Il considérait qu'il fallait se fonder sur les bilans de l'entreprise pour les années 2016 et 2017, dont il résultait une progression très rapide du chiffre d'affaires. Selon le recourant, il fallait retenir *a minima* le gain assuré par l'assureur-accidents, soit CHF 84'000.-, voire extrapoler son revenu sur la base du résultat d'exploitation 2017, au moment de l'accident, soit un revenu annuel de CHF 134'347.- pour douze mois. Dès lors, le degré d'invalidité se montait à près de 60%.

d. Par duplique du 31 janvier 2022, l'OAI s'est opposé au calcul effectué par le recourant, rappelant que le revenu sans invalidité devait être évalué de la manière la plus concrète possible. L'analyse des revenus devait également porter sur une

période relativement conséquente. Or, l'assuré avait débuté son activité de restaurateur indépendant dans le courant de l'année 2016 et avait été victime de l'accident en août 2017, dès lors, l'analyse du tableau des pertes et profits ne permettait pas de fixer de manière fiable le revenu qu'aurait pu réaliser l'assuré sans invalidité. Enfin, aucune donnée fiable ne ressortait des comptes d'exploitation et de pertes et profits de l'entreprise du recourant, raison pour laquelle c'était à juste titre que l'OAI avait établi le salaire sans invalidité sur la base de données statistiques. Il était encore mentionné que le gain assuré auprès de l'assureur-accidents, qui servait de base de calcul du montant proprement dit de la rente, était une notion différente du revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. Dès lors, on ne pouvait pas se fonder sur ce montant de CHF 84'000.- pour établir le revenu sans invalidité.

e. Par arrêt incident du 14 avril 2022 (ATAS/346/2022), la chambre de céans a suspendu l'instance jusqu'à réception du rapport d'expertise dans la procédure A/1200/2020.

f. Par courrier du 27 septembre 2023, la chambre de céans a informé les parties du versement au dossier du rapport d'expertise du 3 juillet 2023, rédigé par les co-experts K_____ et L_____, dans le cadre de la procédure opposant le recourant à SWICA. Les parties ont également été informées de la reprise de l'instance et un délai au 13 octobre 2023 leur a été fixé pour se déterminer.

g. Par courrier du 12 octobre 2023, le recourant a fait valoir que le déconditionnement des deux genoux avait des répercussions sur la capacité de travail et que les lésions kystiques du ménisque interne, qui n'étaient toujours pas stabilisées à ce jour, devaient être prises en compte dans l'examen du cas. Selon lui, le cas n'était pas stabilisé et le dossier devait vraisemblablement être renvoyé à l'OAI, pour poursuite de l'instruction. De surcroît, les co-experts ne se prononçaient pas sur la compatibilité de ses limitations fonctionnelles avec l'activité habituelle dès lors que lesdites limitations étaient dans un rapport de causalité de moins de 50% avec l'accident. Partant, la capacité du recourant d'exercer son activité habituelle devait être examinée au regard de toutes les limitations relevées par les experts, au besoin en renvoyant le dossier auprès de l'OAI pour complément d'instruction. S'y ajoutait que, selon les co-experts, des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, ce qui était en contradiction avec la décision querellée. Enfin, le « large » éventail d'activités non qualifiées qui pouvaient être exercées par le recourant n'était pas abordé par l'OAI.

h. De son côté, l'OAI a maintenu également ses conclusions en joignant un avis médical de son SMR, daté du 9 octobre 2023. Il estimait que dans son précédent rapport, il avait tenu compte de toutes les atteintes décrites par les co-experts au niveau des deux genoux, et retenu les limitations fonctionnelles ainsi qu'une capacité de travail qui étaient en accord avec les conclusions des co-experts.

i. Par observations spontanées du 30 octobre 2023, le mandataire du recourant a relevé que les co-experts contredisaient l'expertise du Dr I_____, en retenant une entorse du LCA que le précité ne retenait pas et relevaient également que les lésions kystiques liées aux lésions du ménisque interne montraient une péjoration lors du suivi par IRM entre 2019 et 2022, ce qui démontrait que la situation médicale avait évolué.

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

k. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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.

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. 82*a* LPGA *a contrario*).

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

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

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur (*cf.* ATF 148 V 174 consid. 4.1).

4. Le litige porte sur la détermination de la capacité de travail et du degré d'invalidité du recourant.

5. 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).

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

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

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

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

7.

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

7.2 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).

7.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

7.4 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).

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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

7.5 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L’importance de l’examen personnel de l’assuré par l’expert n’est reléguée au second plan que lorsqu’il s’agit, pour l’essentiel, de porter un jugement sur des éléments d’ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s’avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d’un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

7.6 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; 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).

7.7 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 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).

7.8 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 Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

8. Dans l'assurance-invalidité, l'invalidité est survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. S'agissant

de la détermination du droit à une rente d'invalidité, il faut ainsi examiner si les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI sont remplies. Contrairement à l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents est, quant à elle, chargée du traitement de l'atteinte à la santé (*cf.* art. 10 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 [LAA - RS 832.20]) et le droit à une rente de cette assurance ne dépend pas de la durée de l'incapacité de travail, mais du moment à partir duquel il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et du terme d'éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. Les offices AI n'ont, quant à eux, pas à attendre l'issue des mesures thérapeutiques, ni la stabilisation du cas, mais sont tenus d'évaluer la capacité de gain des assurés bien avant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 8.2).

8.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

8.2 Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) (arrêts du Tribunal fédéral I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement

au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Il est toutefois possible de s'écarter du dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé quand on ne peut pas l'évaluer sûrement. Ainsi, lorsque le revenu avant l'atteinte à la santé a été soumis à des fluctuations importantes à relativement court terme, il y a lieu de se baser sur le revenu moyen réalisé pendant une période assez longue (arrêt du Tribunal fédéral 8C_157/2023 du 10 août 2023 consid. 3.2 et la référence).

8.3 Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_*skill_ level* (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (*cf.* arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision

querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), respectivement T17 (à partir de 2012) si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_124/2021 du 2 août 2021 consid. 4.4.1 et 8C_111/2021 du 30 avril 2021 consid. 4.2.1 et les références).

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

8.4 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3. et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (*cf*. ATF 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

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

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

Depuis la 10ème édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'OFS par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_*skill_level* de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

8.5 Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (*cf*. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5 ; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). 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). En revanche, il a 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).

Une unilatéralité de fait ou une restriction de la main dominante peut justifier un abattement compris entre 20% et 25% (arrêts du Tribunal fédéral 9C_363/2017 du 22 juin 2018 consid. 4.3 et 9C_396/2014 du 15 avril 2015 consid. 5.2).

Une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral C_280/2022 du 1er mars 2023 consid. 7.2.3 et les références).

Les limitations fonctionnelles justifiant une diminution de rendement déjà prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail n'ont 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).

La prise en compte d'un abattement en raison des années de service ne se justifie guère dans le cadre du choix du niveau de compétences 1, l'influence de la durée de service sur le salaire étant peu importante dans cette catégorie d'emplois qui ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle spécifique ni par ailleurs une bonne maitrise d'une langue nationale (arrêt du Tribunal fédéral C_280/2022 du 1er mars 2023 consid. 7.2.4 et les références).

8.6 Cependant, lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer

(ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_677/2021 du 31 janvier 2022 consid. 4.2.2). En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalide en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.4).

Toutefois, lorsque le salaire effectivement réalisé correspond au minimum prévu par une convention collective de travail (CCT), il ne peut pas être qualifié d'inférieur à la moyenne. Dans un tel cas, il n'y a pas lieu d'appliquer la règle du parallélisme des revenus (arrêt du Tribunal fédéral 8C_677/2021 du 31 janvier 2022 consid. 4.2.2 et les références).

Le salaire fondé sur les ESS doit encore être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408).

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

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (*cf.* RCC 1991 p. 329 ; RCC 1989 p. 328 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015

du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (*cf.* art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

8.8 Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur des données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité. L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle, en raison, par exemple, d'un salaire sans invalidité supérieur à celui avec invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et les références).

Une simple comparaison de pourcentage peut suffire lorsque l'assuré dispose d'une capacité résiduelle de travail dans son activité habituelle et qu'aucune autre activité n'est mieux adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le taux d'invalidité est alors identique au taux d'incapacité de travail (*cf.* ATF 114 V 310 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_562/2022 du 12 septembre 2023 consid. 6 et les références).

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, il n'est pas nécessaire de les chiffrer précisément, dans la mesure où le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail. Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et

professionnelles du cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1 et les références).

En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5).

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

9. Aux termes de l'art. 88*a* al. 1 RAI, si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Aux termes de l'art. 88*a* al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable.

10.

10.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

10.2 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).

10.3 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

11. En l'espèce, le recourant considère qu'il a droit à des mesures de réadaptation ainsi qu'à des indemnités journalières, à compter du 31 juillet 2018. Il conteste la quotité, ainsi que le mode de calcul du revenu avec invalidité effectué par l'OAI. Il allègue que, dès lors que sa situation médicale n'est pas stabilisée, la décision querellée est prématurée et considère que l'expertise judiciaire a mis en évidence des diagnostics et des limitations fonctionnelles qui y sont liées et qui n'étaient pas connues au moment de la prise de la décision querellée par l'intimé.

L'OAI, de son côté, se fonde sur les rapports médicaux des Drs F_____, G_____ et I_____ pour conclure que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne des genoux, la capacité de travail est pleine depuis le 9 février 2018. S'agissant de la fixation du revenu avec invalidité, l'OAI estime que les revenus de l'assuré dans le cadre de son activité indépendante n'ont jamais été très conséquents, raison pour laquelle le salaire sans invalidité se fonde sur les ESS. Enfin, l'intimé considère, sur la base du préavis de son SMR du 9 octobre 2023, complétant son préavis du 23 avril 2020, avoir tenu compte de toutes les atteintes décrites dans l'expertise, au niveau des deux genoux, et avoir retenu des limitations fonctionnelles et une capacité de travail en accord avec les conclusions de l'expertise.

11.1 À titre préalable, il convient de rappeler que les offices AI n'ont pas à attendre l'issue des mesures thérapeutiques, ni la stabilisation du cas, mais sont tenus d'évaluer la capacité de gain des assurés bien avant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 8.2). Partant, l'argument du recourant selon lequel l'intimé devait attendre la stabilisation du cas avant de rendre une décision doit être écarté.

11.2 S'agissant de l'expertise du 3 juillet 2023 (ci-après : expertise), les lésions en lien de causalité naturelle avec l'événement du 12 août 2018 sont guéries avec persistance d'une légère instabilité. Le *statu quo sine* a probablement été atteint, selon les co-experts, le 14 juin 2018, lors de la fin du traitement confirmée par le Dr F_____ (expertise, p. 15 *in fine*).

Le rapport des co-experts K_____ et L_____ correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical. Il contient en outre une anamnèse personnelle courte, mais une anamnèse professionnelle et médicale très fouillée et les co-experts ont rapporté les observations cliniques de manière détaillée à la suite d'un examen approfondi dans le service de chirurgie orthopédique de l'Hôpital de Fribourg le 8 mars 2023. Les plaintes de l'expertisé concernant ses douleurs ont été dûment rapportées.

Les diagnostics retenus sont soigneusement motivés et les co-experts ont mentionné, avec précision, les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail. Ils ont expliqué les raisons pour lesquelles ils retenaient des troubles préexistants à l'accident. Ils ont, en outre, exposé de manière convaincante, pour quelles raisons ils se ralliaient aux avis des autres intervenants ou, au contraire, s'en écartaient. Leurs conclusions sont elles aussi claires et motivées.

Néanmoins, contrairement à l'examen effectué dans le cadre de prestations dues par un assureur-accidents, lorsqu'il s'agit d'invalidité, il faut prendre en compte l'ensemble des troubles médicaux et non pas uniquement les lésions qui sont en rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident.

11.3 Le recourant allègue que les co-experts ne se sont pas prononcés sur la compatibilité des limitations fonctionnelles avec l'activité habituelle du recourant. Il conclut à ce que cette compatibilité soit réexaminée, au besoin en renvoyant le dossier à l'intimé pour complément d'instruction.

L'intimé s'est prononcé sur cette compatibilité en se fondant sur l'avis médical de son SMR du 9 octobre 2023, qui estime avoir tenu compte, dans son rapport du 23 avril 2020, de toutes les atteintes décrites par les co-experts au niveau des deux genoux, et avoir retenu des limitations fonctionnelles une capacité de travail en accord avec les conclusions de l'expertise.

L'avis médical du SMR du 23 avril 2020 présente les conclusions des différents médecins.

Il est rappelé que le chirurgien orthopédique, le Dr G_____, a effectué une expertise en février 2018, dont la conclusion est que l'assuré a une pleine capacité de travail dans une activité qui respecte les limitations fonctionnelles, à savoir éviter de monter et descendre des escaliers, des pentes à répétition et la marche en terrain irrégulier. Il note également que l'état n'est pas stabilisé mais que l'examen est rassurant car il n'y a pas de perte de mobilité du genou.

Le SMR cite également le rapport médical du 5 mars 2018 du Dr F_____, qui atteste une capacité de travail pleine dans toutes les activités respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du genou gauche, y compris l'ancienne activité de restaurateur, pour autant que les conditions soient adaptées aux limitations fonctionnelles. Il confirme également les conclusions de l'expert G_____ par courrier du 26 avril 2018.

L'expertise privée réalisée en mai 2019 par le chirurgien H_____ à la demande de l'assuré conclut que l'état de santé n'est pas stabilisé mais seulement à cause de la persistance des douleurs, étant précisé que celles-ci portent sur le genou gauche mais sont majorées par une atteinte, par surcharge, du genou droit. Le SMR note que le Dr H_____ atteste uniquement d'une capacité de travail nulle dans une activité non adaptée.

Dans l'expertise du chirurgien orthopédique I_____, datant de juillet 2019, il est noté que l'assuré aurait repris une activité dans la restauration depuis le 1er juillet 2019 et que les atteintes actuelles ne seraient pas liées à l'accident d'août 2017.

La conclusion du SMR est que deux ans après l'accident, l'assuré présentait encore des limitations fonctionnelles au niveau des deux genoux, soit pas de station debout et de marche prolongée, pas de marche en terrain instable irrégulier, pas de montée et de descente des escaliers répétées, pas d'échelle ou d'escalier, pas de position accroupie ou à genoux ; le SMR conclut que la capacité de travail est définitivement nulle pour toute activité ne respectant pas ces limitations fonctionnelles, et ceci depuis la date de l'accident, soit le 12 août 2017. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne des genoux, y compris l'ancienne activité de restaurateur, si les limitations fonctionnelles sont respectées, le SMR considère que la capacité de travailler est pleine depuis le 9 février 2018, qui est la date de l'examen pratiqué par le Dr G_____, ajoutant qu'aucune modification de l'état de santé n'a eu lieu depuis lors.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans constate que l'OAI s'est clairement déterminé sur la compatibilité des limitations fonctionnelles avec l'activité habituelle du recourant. En effet, l'OAI estime que le recourant peut effectuer toute activité adaptée, y compris celle de restaurateur, pour autant que les limitations fonctionnelles susmentionnées soient respectées.

À ce titre, la chambre de céans considère que l'activité de restaurateur exercée par le recourant avant son accident, dans un local où il devrait monter et descendre des escaliers, n'est plus compatible avec son état de santé, mais ceci n'est pas dû à

l'activité exercée, mais au local qui était auparavant utilisé pour exercer cette activité et dont la configuration physique n'est pas compatible avec les limitations fonctionnelles du recourant.

11.4 Les co-experts retiennent que le *statu quo sine* a été atteint probablement le 14 juin 2018 (expertise, p. 15) tout en admettant que les kystes méniscaux, préexistants, ont pu augmenter de volume suite à l'accident. En tout état, ils estiment que ces lésions kystales sont « restées stables à la comparaison des IRM du 30 janvier 2018 au 8 avril 2019 » et en concluent qu'au vu du manque d'évolution, le *statu quo sine* est possible.

À l'examen clinique (expertise, p. 11), les deux genoux sont décrits comme secs, avec une bonne mobilité de la rotule. Alors que le genou droit est décrit comme légèrement douloureux, par l'assuré, lors d'une flexion à 20°, le genou gauche est décrit avec une évocation de fortes douleurs par l'assuré, dès 30° de flexion (expertise, p. 11).

Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont, pour le genou gauche : un kyste méniscal sur la corne antérieure et postérieure du ménisque interne préexistant à l'accident ; une lésion du ménisque interne, corne postérieure zone 2 par intermédia zone 1, préexistante à l'accident avec possibilité d'acutisation ; une chondropathie de la facette interne grade II à III, préexistante à l'accident et enfin un status post lésions LLI, grade I à II et entorse LCA, consécutif à l'accident.

Pour le genou droit, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont : une chondropathie rotulienne de la facette interne grade III à IV, préexistante à l'accident ; une lésion du ménisque interne corne postérieure zone 2, préexistante à l'accident et enfin un kyste de la corne postérieure du ménisque interne ainsi que semi membraneux, préexistante à l'accident.

Les co-experts notent ensuite que les lésions du genou gauche subies lors de l'accident sont guéries et que les lésions kystiques du ménisque interne du genou gauche sont restées stables à la comparaison des IRM du 30 janvier 2018 et du 8 avril 2019. Vu le manque d'évolution pendant cette période, les co-experts concluent à ce qu'une interprétation pour un *statu quo sine* est possible (expertise, p. 17).

Comme le souligne le recourant, il est exact que sa capacité de travail n'est examinée par les co-experts qu'au regard des atteintes en rapport de causalité avec l'accident, ce qui ne permet pas d'inclure l'ensemble des atteintes à la santé, notamment celles résultant des kystes préexistants à l'accident (expertise, p.18).

Néanmoins, les co-experts partagent l'avis du Dr F_____ lorsque ce dernier atteste la disparition de toute symptomatologie au genou gauche en juillet 2018 (expertise, p. 34). Ils admettent la possibilité d'une symptomatologie douloureuse qui « aurait pu avoir encore lieu, permettant tout de même la reprise du travail à 100% comme conclu dans le rapport du 16 juillet 2018 » ; et ceci quand bien même les lésions

kystiques liées aux lésions du ménisque interne montrent une péjoration lors du suivi par IRM entre 2019 et 2022.

Il résulte de ce qui précède qu'en dépit de la présence de lésions kystiques liées aux lésions du ménisque interne, les co-experts confirment que cela n'empêche pas la reprise du travail à 100% dans une activité adaptée, dès le 16 juillet 2018.

Alors que selon le courrier du 9 décembre 2019, du conseil de l'assuré, il y avait eu une « altercation » entre son mandant et le Dr I_____ lors de la consultation, ce qui entrainait que l'avis de ce dernier ne pouvait pas être retenu, les co-experts partagent les diagnostics et les appréciations du Dr I_____ (expertise, p. 31 à 35).

Partant, la chambre de céans estime qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les lésions causées directement par l'accident au genou gauche étaient guéries et stabilisées en juin 2018.

S'agissant des troubles préexistants, soit les kystes méniscaux, il est également établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ces troubles ont été possiblement aggravés par l'accident, notamment par une prise de volume induisant des douleurs, mais se sont stabilisés, au plus tard, le 8 avril 2019 selon l'IRM réalisée à cette date et comparée à l'IRM du 30 janvier 2018. Même si la stabilisation n'a été définitivement constatée qu'à la lecture de l'IRM du 8 avril 2019, il n'en reste pas moins que, selon le Dr F_____, la reprise du travail à 100% était possible dès le 16 juillet 2018, appréciation qui a été confirmée par les co-experts et que partage la chambre de céans.

Le recourant, dont il faut rappeler qu'il a la charge de la preuve, ne produit aucune nouvelle pièce médicale qui pourrait rendre vraisemblable que sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles n'était pas entière à partir de juillet 2018, étant rappelé qu'il s'est spontanément remis au travail à 100%, en juin 2018, dans une activité de restauration.

12. Dans un deuxième grief, le recourant conteste le calcul effectué par l'OAI pour déterminer le revenu avec et sans invalidité.

Selon lui, il fallait retenir, *a minima,* le gain assuré par l'assureur-accidents, soit CHF 84'000.-, voire extrapoler son revenu sur la base du résultat d'exploitation 2017, au moment de l'accident, soit un revenu annuel de CHF 134'347.- pour douze mois. Dès lors, le degré d'invalidité se montait à près de 60%.

12.1 Comme le souligne, à juste titre, l'intimé dans sa réponse du 31 janvier 2022, le gain assuré est une notion applicable en LAA et qui sert de base au calcul du montant proprement dit de la rente. Lorsque, comme dans le cas d'espèce, il s'agit d'un assuré exerçant une activité indépendante, c'est ce dernier qui fixe avec l'assurance-accidents qu'il a choisie, le montant du gain assuré pour son activité indépendante. Il ne s'agit donc pas d'une notion applicable à l'assurance-invalidité, mais d'une notion contractuelle, résultant d'un accord entre le travailleur indépendant et l'assurance-accidents, pour fixer le montant du gain assuré. Partant,

cette notion ne saurait être retenue dans le cadre du calcul du gain sans invalidité au regard de la LAI.

12.2 En ce qui concerne l'extrapolation du revenu du résultat d'exploitation 2017, pour fixer le revenu sans invalidité, le recourant ne saurait être suivi.

En effet, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2).

Or, dans le cas présent, l'assuré venait de commencer une activité indépendante de restaurateur lorsqu'il a été victime de l'accident en juillet 2017. Il a ensuite cédé les parts de sa société, soit l'exploitation du restaurant, à deux repreneurs, par convention de cession de parts du 9 novembre 2017. Selon l'attestation AVS pour l'année 2017 (pièce 75, dossier OAI) le salaire soumis à cotisations et versé à l'assuré s'est élevé en 2017 à CHF 35'900.65. Selon le rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante du 11 juin 2021 (pièce 84, dossier OAI), l'assuré a débuté son activité de gérant du restaurant « *D*_____ » le 2 août 2016 et il exerçait une activité à raison de 45 heures par semaine à temps plein.

L'activité indépendante de gérant du restaurant « *D*_____ » a donc duré moins d'une année, ce qui représente une période beaucoup trop courte pour qu'il soit possible d'établir un revenu moyen issu de l'activité indépendante du recourant. Contrairement à ce qu'affirme ce dernier, on ne saurait extrapoler le chiffre d'affaires réalisé pendant cette courte période (chiffre d'affaires qui n'est, par ailleurs, pas audité), pour fixer le revenu sans invalidité.

Le tableau établi dans le cadre du rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante du 11 juin 2021, p. 5, fait apparaître les revenus suivants, selon les montants déclarés à l'AVS jusqu'en 2017 :

- pour 2012 : CHF 9'954.- (employeur : la suite 115) ;
- pour 2013 : pas de cotisation ;
- pour 2014 : CHF 6'448.- (employeur : *M*_____ Bâle) ;
- pour 2015 : CHF 6'857.- (même employeur : *M*_____ Bâle) ;
- pour 2016 : CHF 7'500.- (employeur : C_____ appartenant au recourant et exploitant le restaurant *D*_____) ;
- pour 2017 : CHF 35'900.- (même employeur : C_____) ;

- pour 2018 : aucun revenu ressortant des cotisations AVS ;
- pour la période allant d'août 2019 à juin 2020, une perte de CHF 7'959.- dans l'exploitation du Food Truck pour la société N_____ appartenant au recourant.

12.3 Selon le Tribunal fédéral, en présence de circonstances particulières, il peut se justifier qu'on s'écarte du revenu tel qu'il résulte des derniers salaires et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'OFS (arrêts du Tribunal fédéral I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002).

C'est ce qu'a fait l'intimé, en établissant le revenu sans invalidité, sur la base des données statistiques fournies par les ESS 2018, TA1_tirage_*skill_level* Privé-homme niveau 2.

En se fondant sur une durée normale hebdomadaire de travail de 41.7 heures, le salaire statistique annuel sans invalidité a été fixé à CHF 54'218.-.

Le choix du tableau (homme, secteur privé, niveau 2) ainsi que le calcul effectué par l'OAI ne prêtent pas le flanc à la critique.

12.4 S'agissant du salaire avec invalidité dans une activité adaptée, le choix du tableau et le calcul effectué par l'OAI, soit ESS TA 1_tirage_*skill_level* et en appliquant l'indexation selon l'ISS pour aboutir à un salaire après indexation sans invalidité de CHF 67'767.-, sont conformes.

À cet égard, les critiques du recourant sur le fait que l'OAI ne décrit pas quelle activité serait adaptée à sa situation peuvent être écartées au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral qui considère qu'il faut d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

12.5 Se pose encore la question de savoir si l'activité habituelle du recourant est une activité adaptée.

Il ressort des rapports médicaux et des conclusions des experts que l'assuré pourrait continuer à exercer son activité habituelle de restaurateur, pour autant qu'il respecte les limitations fonctionnelles, ce qui serait possible dans un local adapté, soit un local où il n'est pas nécessaire de monter et de descendre des escaliers.

Dès lors, le salaire statistique avec invalidité dans l'activité habituelle peut être fondé sur le même tableau qui a été choisi par l'OAI pour calculer le salaire statistique sans invalidité, soit CHF 54'218.-, en appliquant un abattement de 10% correspondant aux limitations fonctionnelles.

Dans un tel cas, le taux d'invalidité se confond avec le taux d'abattement, soit 10%.

12.6 Le recourant critique le taux d'abattement retenu par l'OAI, considérant qu'il est trop bas.

Il sied de rappeler, au sujet de l'abattement, que 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 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3. et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (*cf*. ATF 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'état, même si la chambre de céans augmentait le taux d'abattement à 15%, il n'en resterait pas moins que ce dernier, qui correspondrait à un taux d'invalidité de 15%, serait inférieur au seuil de 40%, ce qui ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Par ailleurs, dès lors que, d'une part, le taux d'invalidité est inférieur à 20% et que, d'autre part, le recourant pourrait poursuivre son activité habituelle de restaurateur, dans le respect des limitations fonctionnelles, des mesures de réadaptation ne se justifient pas.

13. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

14. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- sera mis à charge du recourant (art. 69 al. 1 bis LAI).

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	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