RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4307/2020 **ATAS/501/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 juin 2022

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Romolo MOLO

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Le 1er octobre 2004, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), aide-plâtrier-peintre, a été polytraumatisé après s'être défenestré alors qu'il était fortement alcoolisé.

2. Par décision du 9 mars 2005 - contre laquelle l'assuré a formé une opposition déclarée irrecevable le 24 octobre 2005 -, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA) a pris en charge le cas, en réduisant néanmoins les prestations de 50%, au motif que l'accident était dû à une entreprise téméraire.

3. Parallèlement, le 5 avril 2006, l'assuré s'est également tourné vers l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), qui, par décision du 17 octobre 2007, lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité pour une période limitée dans le temps, du 2 octobre 2005 au 31 juillet 2006.

   L'OAI a tout d'abord pris en charge les frais de la formation de conducteur entamée par l'assuré au titre de reclassement professionnel, du 1er mai au 5 décembre 2006. Ce reclassement s'étant achevé sur un succès, il a été mis fin au mandat de réadaptation.

   L'OAI, considérant que l'assuré, dans une activité adaptée telle que celle dans laquelle il avait été reclassé, avait recouvré, à compter de mai 2006, une capacité de travail de 75%, a fixé le degré d'invalidité à 10%, sur la base d'une comparaison des gains.

   La décision de l'OAI a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir, plus particulièrement, les éléments suivants :

   - un rapport du docteur B_____, du 3 mai 2006, retenant à titre de diagnostics un polytraumatisme avec fracture complexe du bassin, disjonction de la symphyse, disjonction sacro-iliaque gauche, fracture de l'os ethmoïde, contusion myocardio-hépato-grêlique, fractures de côtes à gauche, hématome du psoas, douleurs neurogènes du membre inférieur gauche et hernie inguinale bilatérale ; le patient se plaignait alors de douleurs diffuses aux niveaux de l'abdomen, de l'épaule droite, du membre inférieur gauche et de la hanche ; il était fait état d'une récupération lente ; le fracas important du bassin pouvait péjorer la station debout et la position assise, avec des douleurs du rachis lombaire surajoutées ;

   - un rapport du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, du 16 mai 2006, faisant état de fractures multiples ostéosynthésées et de douleurs neurogènes du membre inférieur gauche ; selon le médecin traitant, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle franche et le pronostic était bon dans une activité sédentaire n'impliquant pas de charges physiques ; selon lui, une activité

s'exerçant en position assise 4 h./jour et en position debout 2 h./jour, telle que celle de chauffeur routier, par exemple, était exigible ;

- un avis du Service médical régional de l'OAI (SMR) du 23 mai 2006, concluant qu'après un an et demi d'évolution, l'exigibilité médicale était de 75% dans une activité adaptée ;
- un rapport d'examen final établi le 21 juin 2006 par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA ; concluant à une situation désormais stabilisée ; il n'y avait en particulier plus de plaintes concernant le rachis cervico-dorso-lombaire ; aux niveaux du pelvis et de la hanche gauche, des douleurs persistaient, en relation avec la fracture du cotyle de la symphyse et de la disjonction sacro-iliaque gauche ; les radiographies ne montraient pas de changement par rapport à celles pratiquées une année auparavant, hormis l'apparition d'une coxarthrose gauche et une amyotrophie de la cuisse gauche ; l'assuré ne pouvait ni parcourir de longues distances à pied, ni marcher en terrain instable, ni monter ou descendre fréquemment des escaliers, ni travailler agenouillé ou accroupi, ni porter de charges moyennes à lourdes ; en revanche, dans une activité adaptée, privilégiant la position assise, sa capacité de travail pourrait être entière ; il était relevé que l'assuré souhaitait devenir chauffeur d'autocar.

4. Suite à une rechute, en février 2015, la SUVA a reconnu à l'assuré le droit à des indemnités journalières du 2 février au 6 juillet 2015 (cf. décision formelle du 24 juillet 2015) avant d'accepter, sur opposition de l'assuré, de poursuivre le versement de l'indemnité au-delà du 6 juillet 2015.

5. Le 7 juillet 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI, en invoquant une arthrose du pouce droit et de la colonne vertébrale.

6. Par courrier du 17 juillet 2017, l'OAI a accusé réception de sa demande et l'a invité à lui faire parvenir tout document médical permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision.

7. Par courrier du 14 août 2017, l'assuré a allégué être dans l'incapacité totale de travailler depuis février 2015. À l'appui de ses dires, il a produit :

   - un rapport de scanner cervical du 7 juillet 2016 concluant à une cervicarthrose étagée avec inversion de la lordose cervicale en C5-C6 et cervicarthrose prédominant de C4-C5-C6-C7 avec discopathie érosive C5-C6 et C6-C7 ainsi qu'une discuncarthrose avec barre ostéophytaire postérieure de C4-C5 à C6-C7 avec, en C4-C5, un rétrécissement foraminal droit sur protrusion discale paramédiane en conflit avec la racine C5 droite, une discuncarthrose bilatérale en C5-C6 avec rétrécissement foraminal bilatéral en conflit avec les deux racines C6 et discuncarthrose bilatérale en C6-C7, avec rétrécissement foraminal, ainsi qu'un canal cervical étroit à cet étage (C6-C7) ;

- un rapport de la doctoresse E_____, après une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne cervicale pratiquée le 23 juin 2017 en raison de douleurs invalidantes cervicales apparues en 2015, concluant à une inversion de la lordose cervicale physiologique, à une sévère cervico-discarthrose pluriétagée de C3-C4 à C7-T1 avec discopathies protrusives associées à une uncarthrose, responsable de sténoses foraminales significatives en C4-C5 droite, C5-C6 et C6-C7 bilatérale sévère à gauche ;
- un très bref certificat médical du docteur F_____, du Centre médical du Léman, du 2 juillet 2014, faisant état d'une arthrose sévère au niveau de la base du pouce droit, traitée par infiltration ;
- des certificats d'arrêt de travail émis par le médecin traitant de l'assuré, faisant simplement état d'une incapacité de travail de 100% continue depuis le 2 février 2015 (hormis un court laps de temps entre le 1er et le 20 mars 2015).

8. Ces documents ont été soumis au SMR, qui, le 29 septembre 2017, a émis l'avis que des images radiologiques sans description clinique ne suffisaient pas à rendre plausible une aggravation de l'état de santé.

9. Par décision du 27 novembre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, au motif que les courriers des médecins de l'assuré ne suffisaient pas à confirmer une aggravation de sa situation médicale.

10. Sur recours de l'assuré, la Cour de céans a, par arrêt du 15 mars 2018, annulé la décision du 27 novembre 2017 et renvoyé la cause à l'OAI, à charge pour ce dernier d'entrer en matière et d'instruire la nouvelle demande de l'assuré (ATAS/252/2018). En substance, la Cour a estimé que l'assuré avait rendu plausible une aggravation de son état de santé en produisant des rapports d'imagerie témoignant de nouvelles atteintes, aux niveaux notamment des cervicales et du pouce droit, atteintes qui n'existaient pas à l'époque de la décision initiale du 31 juillet 2006.

11. Par arrêt du 24 mai 2018 (ATAS/437/2018), rendu dans la procédure parallèle en matière d'assurance-accidents, la Cour de céans a confirmé une décision sur opposition de la SUVA mettant un terme à la prise en charge de cet assureur avec effet au 30 juin 2017. La Cour a considéré qu'à cette date, aucun trouble organique démontrable en relation de causalité naturelle vraisemblable avec l'accident n'était plus documenté.

12. Invité par l'OAI à répondre à un questionnaire, suite à l'arrêt de renvoi rendu par la Cour, le docteur G_____, neurochirurgien, dans un rapport du 14 juin 2018, a mentionné les diagnostics de cervicalgies chroniques avec irradiation permanente à bascule dans les membres supérieurs, sur spondylodiscarthrose avec rétrécissements foraminaux, notamment C5-C6 et C6-C7 à droite. Le patient avait pu effectuer un reclassement professionnel comme chauffeur, mais ne travaillait plus, en raison d'une recrudescence de douleurs survenue en février 2015. Depuis lors, les douleurs cervicales s'aggravaient, avec l'installation progressive d'une

irradiation dans le membre supérieur droit, particulièrement intense au niveau du coude. Le traitement médicamenteux instauré en août 2015 avait permis une disparition presque totale des douleurs, sauf au niveau du coude droit, avec un examen clinique rassurant. Une tomodensitométrie cervicale avait montré une pathologie dégénérative relativement sévère, avec des conflits radiculaires possibles en C6-C7. Lorsqu'il avait revu le patient, en juin 2017, ce dernier se plaignait d'une douleur cervicale persistante, avec des réveils nocturnes. L'examen clinique avait alors mis en évidence un discret syndrome vertébral, avec une amplitude de mouvement légèrement diminuée dans toutes les directions. Quant à l'IRM cervicale du 23 juin 2017, elle avait montré une discarthrose étagée sévère, avec un rétrécissement foraminal. Le traitement était conservateur (médication, physiothérapie) et une infiltration avait été proposée au patient, qui n'avait pas donné suite.

Les limitations fonctionnelles correspondaient aux douleurs rachidiennes cervicales ressenties par l'assuré lorsqu'il utilisait ses membres supérieurs ou conduisait ; l'assuré ne pouvait pas non plus porter de charges. Le Dr G_____ estimait qu'en juin 2017, la capacité de travail dans la profession antérieure était nulle. En revanche, dans une activité adaptée, n'exigeant ni usage des membres supérieurs, ni manœuvres de mobilisation cervicale, la capacité de travail était entière (100%).

13. Également interpellé, le Dr C_____ a retenu, dans un rapport du 1er juillet 2018, le diagnostic de douleurs squelettiques nociceptives post-traumatiques (février 2015). Il a également évoqué un trouble de l'humeur d'allure dépressive, en précisant toutefois qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail. On pouvait s'attendre à ce que l'assuré exerce une activité adaptée à raison de 4 h./jour. Le pronostic était toutefois difficile à poser, dans la mesure où l'assuré avait passé des examens de conducteur de bus, camions et engins de chantiers, mais où ses douleurs et crampes de la jambe gauche rendaient sa conduite potentiellement dangereuse.

14. Le 24 août 2018, le SMR a préconisé de réinterroger le Dr G_____, suite à l'infiltration réalisée par ce médecin, et d'adresser un questionnaire au psychiatre de l'assuré.

15. Le 31 août 2018, l'assuré a informé l'OAI qu'il n'était plus suivi par un psychiatre depuis plus d'une année.

16. Le 18 septembre 2018, le Dr G_____ a répondu à l'OAI qu'il n'avait plus revu le patient depuis le 23 juin 2017.

17. L'OAI a alors requis un examen rhumatologique de l'assuré.

Dans son rapport du 25 juin 2019, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, médecin auprès du SMR, a retenu les diagnostics de cervicobrachialgies bilatérales non déficitaires, dans un contexte de discarthrose étagée, avec pincements multi-étagés des trous de conjugaison, ainsi que de douleurs du membre inférieur gauche, en lien avec une coxarthrose, de

tendinopathie du moyen fessier et de troubles dégénératifs de l'articulation sacro-iliaque.

Le Dr H_____ a noté que la mobilité de la hanche gauche était légèrement limitée, tandis qu'au niveau du rachis, l'assuré présentait de légers troubles statiques, dont une légère scoliose, mais également un relâchement de la sangle abdominale. La mobilité de la nuque était normale, mais douloureuse (lors de rotations et flexions latérales), tout comme la mobilité lombaire. Les troubles dégénératifs modérés à sévères (discarthrose importante et diminution bilatérale des trous de conjugaison en C5-C6 et C6-C7) ressortant du dossier radiologique se révélaient être plus importants que ce que laissait présager l'examen clinique.

Au plan rhumatologique, la capacité de travail exigible était déterminée par la tolérance mécanique de la nuque et de la hanche gauche. Sur la base du dossier, des plaintes de l'assuré, du descriptif de la vie quotidienne et de l'examen clinique, le Dr H_____ évaluait la capacité de travail à 75% dans une activité adaptée, correspondant à une exigibilité de 2 x 3 h./jour ; il s'écartait ainsi de la capacité de travail de 100% retenue par le médecin d'arrondissement de la SUVA en 2006. L'activité antérieure de chauffeur de bus était désormais proscrite, en raison des troubles dégénératifs avancés du rachis cervical. En revanche, les limitations annoncées par le Dr G_____ en lien avec l'inaptitude de l'assuré à utiliser ses membres supérieurs étaient disproportionnées. Il n'existait pas, selon le Dr H_____, de déficit neurologique au niveau des membres supérieurs, mais l'assuré devait éviter de solliciter sa nuque. Quant au membre inférieur gauche, le Dr H_____ a estimé que la situation ne s'était pas cliniquement péjorée depuis l'époque où l'assuré travaillait à 100% en tant que chauffeur de bus. Une diminution de 25% de la capacité de travail était retenue dans une activité adaptée, en raison d'une atteinte multiple, impliquant des limitations fonctionnelles aussi bien au niveau de la nuque que du membre inférieur gauche (éviter les travaux avec bras au-dessus de la tête, les rotations rapides et l'extension prolongée de la nuque, les travaux en position accroupie, agenouillée ou sur un plan instable, les marches excédant un kilomètre, les montées et descentes répétées d'escaliers et le port de charges supérieures à 10 kg). Le début de l'exigibilité d'une activité adaptée était fixé au 5 août 2016, date à laquelle une consultation auprès du Dr G_____ avait permis d'exclure un problème majeur au niveau de la hanche gauche et de mettre en évidence une amélioration grâce au traitement conservateur.

18. À l'occasion d'un entretien auprès de l'OAI concernant une éventuelle réadaptation professionnelle, le 27 août 2019, l'assuré a indiqué qu'il s'estimait totalement invalide et que ses attentes vis-à-vis de l'assurance-invalidité étaient d'obtenir une rente. Soulignant sa médication importante, il jugeait ne pouvoir pas même effectuer un travail en position couchée. Il avait toujours été volontaire et s'était beaucoup investi dans la formation pour pouvoir continuer à travailler, ce qui n'était plus envisageable.

19. Le 18 août 2020, le service de réadaptation professionnelle de l'OAI, après avoir chiffré le degré d'invalidité à 47% (en tenant compte d'une capacité de travail exigible de 75% dans toute activité adaptée), a écarté la possibilité de mesures d'ordre professionnel aux motifs, d'une part, qu'un nombre significatif d'activités simples et adaptées aux limitations fonctionnelles demeuraient accessibles à l'assuré, d'autre part, que l'assuré s'estimait totalement invalide.

20. Par décision du 18 novembre 2020, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente dès le 1er janvier 2018, sur la base d'un degré d'invalidité de 47%.

    À l'issue de l'instruction, l'OAI a admis une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis février 2015. En revanche, il a considéré que, dans une activité adaptée à son état de santé, l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 75% depuis le 5 août 2016.

    L'OAI a noté qu'en février 2016, à l'issue du délai d'attente, le droit à une rente entière aurait pu s'ouvrir. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée le 7 juillet 2017, le droit à la rente ne pouvait s'ouvrir qu'à compter de janvier 2018, six mois après le dépôt de la demande.

    Des mesures professionnelles n'étaient pas propres à réduire le dommage.

    Le degré d'invalidité de 47% s'obtenait en comparant le revenu sans invalidité (soit CHF 71'414.-) à celui exigible malgré celle-ci (soit CHF 37'577.-).

21. Par acte du 18 décembre 2020, l'assuré a saisi la Cour de céans d'un recours contre cette décision, en concluant, préalablement, à l'audition de ses médecins et à la mise sur pied d'une expertise, principalement, à l'octroi d'au moins un trois-quarts de rente et de mesures professionnelles.

    Le recourant relève que le certificat du Dr F_____, du 2 juillet 2014, mentionnant une arthrose sévère au niveau de la base du pouce droit, n'a pas été mentionné par le Dr H_____, auquel il reproche dès lors un rapport incomplet. Selon lui, la limitation du pouce droit, s'ajoutant aux limitations des membres supérieurs et du membre inférieur gauche, a forcément une influence sur sa capacité de travail et sur les activités exigibles.

    Il ajoute que le rapport du Dr H_____ diverge fondamentalement des conclusions des Drs G_____ et C_____.

    Qui plus est, le Dr H_____ conclut que l'utilisation du membre inférieur gauche ne s'est pas péjorée, en contradiction avec le fait que l'assuré ne peut désormais conduire sans interruption que pendant trente minutes, alors qu'à l'époque où il travaillait à temps plein, il pouvait conduire pendant une heure trente.

    Le recourant fait valoir qu'en retenant un temps de travail exigible de 4h./jour comme le fait le Dr C_____, soit 20h./sem., on obtient un degré d'invalidité de 66,35%.

Il conteste enfin le revenu avant invalidité retenu par l'intimé, qu'il juge inférieur à la réalité. À l'appui de ses dires, il produit un article de presse, dont il ressort que le salaire d'un chauffeur des Transports publics genevois (TPG) avec dix ans d'ancienneté s'élève à CHF 81'288.-.

22. Invité à se déterminer, l'intimé a conclu au rejet du recours.

S'agissant du certificat du Dr F_____, l'intimé fait valoir qu'il est extrêmement sommaire et se contente de mentionner une douleur à la base du pouce. Si ce médecin a effectivement parlé d'arthrose, aucun autre n'a mentionné de limitation quelconque en lien avec ce problème de santé. L'intimé rappelle à cet égard que la simple existence d'une atteinte à la santé n'est pas suffisante pour démontrer une limitation et que l'examen des mains réalisé par le Dr H_____ s'est révélé normal.

Quant aux divergences invoquées avec les médecins traitants, l'intimé rétorque que le Dr G_____ a conclu que la capacité de travail pouvait être de 100% dans une activité adaptée, moyennant le respect de limitations fonctionnelles (activité sans utilisation des membres supérieurs), limitations que l'intimé juge peu compréhensibles au vu des diagnostics retenus (cervicalgies chroniques). L'intimé ajoute qu'en juin 2018, le Dr G_____ a indiqué que le traitement médicamenteux avait permis une amélioration presque totale et qu'il a fait état d'un examen clinique montrant une mobilité cervicale préservée.

Quant aux indications fournies par le Dr C_____ dans son rapport de juillet 2018, elles sont également très sommaires et contraires aux examens cliniques du Dr G_____ et du Dr H_____.

L'intimé en tire la conclusion que ces éléments ne permettent pas de remettre en cause la valeur probante de l'examen du Dr H_____.

S'agissant enfin du revenu avant invalidité, l'intimé relève que le recourant a certes travaillé pour le compte des TPG, mais qu'il était employé par une autre entreprise (RATP SA). Dès lors, l'article de presse qu'il produit ne saurait être considéré comme ayant valeur probante.

23. Le 26 janvier 2021, le SMR a émis un avis concernant une pièce annexée au recours (échographie de la paroi abdominale du 23 septembre 2020, montrant une petite hernie ombilicale de 2 cm et une hernie para-ombilicale de 5 cm de diamètre).

Le SMR relève que lors de l'examen de l'assuré en juin 2019, celui-ci ne se plaignait pas de hernies abdominales et l'examen clinique ne les a pas mises en évidence. Il en conclut qu'il s'agit dès lors d'un nouveau diagnostic qui induit une nouvelle limitation fonctionnelle : l'assuré ne doit pas porter de charges.

S'il devait se faire opérer, cela induirait une incapacité de travail limitée dans le temps d'environ 4 à 6 semaines. Cette atteinte n'entraîne dès lors pas de modification de l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée, qui demeure de 75%.

24. Dans sa réplique du 26 mars 2021, l'assuré a persisté dans ses conclusions.

    Il fait valoir qu'un scanner cervical du 30 décembre 2020 a révélé, outre les discarthroses déjà constatées en C4-C5 et C5-C6, une uncodiscarthrose en C3-C4. Le même examen qualifie le rétrécissement foraminal C5-C6 et C6-C7 d'extrêmement serré des deux côtés et de très serrés en C4-C5. Il en tire la conclusion qu'il y a eu là aggravation des affections constatées par le Dr G_____.

    Faisant remarquer que le médicament qui lui a été prescrit (Zaldiar) peut entraîner des vertiges et de la somnolence et qu'il a des effets sur l'aptitude à la conduite et l'utilisation de machines, le recourant fait valoir que l'examen rhumatologique aurait dû être complété par un volet psychiatrique ou neuropsychiatrique, vu les limitations inhérentes aux forts antalgiques qu'il consomme. Se référant à un arrêt du Tribunal fédéral (arrêt 8C_778/2013 du 14 février 2014), il estime que, comme dans l'affaire en cause, le fait que la médication n'ait pas été prise en compte justifie une nouvelle instruction sur sa capacité de travail.

    Le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre de mesure d'observation professionnelle sur la base de ses seules déclarations subjectives, quand bien même le Dr H_____ a préconisé de faire traduire ses conclusions quant à l'activité adaptée par un spécialiste en réadaptation.

    Contestant par ailleurs le revenu sans invalidité retenu par l'OAI pour 2016 (CHF 71'414.-), le recourant relève que ce montant est inférieur au revenu statistique d'invalide (de chauffeur) qu'avait retenu l'intimé en 2006, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'en 2016 (CHF 73'904.50), ce qu'il juge « absurde ».

    Le recourant ajoute que 10% seulement de la masse salariale des TPG peut être versée à des sous-traitants et en tire la conclusion que son salaire sans invalidité ne saurait correspondre à celui d'une minorité de salariés disposant des mêmes qualifications. Le recourant affirme que s'il était resté valide, il aurait pu postuler auprès des TPG et obtenir un salaire conforme à son expérience et à la grille salariale de cet employeur, ce d'autant plus que son salaire stagnait depuis plusieurs années.

    Sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2016, le recourant observe que le salaire statistique d'un homme exerçant à plein temps une profession de niveau de compétence 3 de la branche « transports terrestres, par eau, aériens ; entreposage » (ligne 49-52) s'élève à CHF 95'251.- par an, montant qui une fois comparé au revenu d'invalide (CHF 37'577.-), conduit à un taux d'invalidité de 60,55%, ouvrant droit à un trois-quarts de rente. À titre subsidiaire, le recourant invoque le principe du parallélisme des revenus à comparer et effectue un deuxième calcul (sur la base des ESS 2010 et 2012), dont il déduit un degré d'invalidité de 55.6%.

25. Dans sa duplique du 28 avril 2021, l'intimé a maintenu lui aussi ses conclusions.

S'agissant du calcul du degré d'invalidité, l'intimé rappelle que l'assuré a gagné CHF 61'591.- en 2010, CHF 69'245.- en 2011 et CHF 64'652.- en 2012. L'incapacité de travail durable a débuté en février 2015. L'OAI a retenu un revenu de CH 69'245.- avant indexation en suivant les déclarations de l'assuré quant à une baisse de revenu en 2012, suite à un aménagement des horaires de travail par son employeur.

L'intimé estime que l'on ne saurait souscrire à l'argument du recourant selon lequel celui-ci aurait, sans atteinte à sa santé, postulé auprès des TPG et aurait touché un salaire nettement supérieur. Cette allégation est purement hypothétique, dans la mesure où l'assuré s'est contenté de son revenu durant plusieurs années pour des raisons manifestement étrangères à son état de santé.

Les mesures de réadaptation ne sont appliquées que pour autant qu'elles soient nécessaires à rétablir, améliorer ou maintenir la capacité de gain, ce qui n'est pas le cas ici. En effet, l'assuré a expressément déclaré qu'il s'estimait incapable d'effectuer la moindre activité, de sorte que toute mesure de réadaptation serait manifestement vouée à l'échec.

À l'appui de sa position, l'intimé produit un nouvel avis daté du 15 avril 2021, dans lequel le SMR relève que l'examen des mains effectué par le Dr H_____ n'a pas mis en évidence d'anomalie au niveau des doigts. Par ailleurs, le Dr H_____ a estimé que la situation au niveau du membre inférieur gauche ne s'était pas cliniquement péjorée en se basant sur la mobilité de la hanche gauche, ainsi que sur la vitesse et le périmètre de marche de l'assuré (qui demeure capable de marcher plusieurs km par semaine).

26. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 3 juin 2021.

Le Dr G_____ a indiqué que l'assuré l'avait consulté à trois reprises pour des problèmes d'arthrose cervicale décompensés.

Par rapport au bilan d'imagerie de décembre 2020 (scanner cervical), les conclusions figurant dans son rapport du 14 juin 2018 sont globalement les mêmes. Contrairement au rapport du Dr H_____, dont il a pris connaissance, il s'est limité à se faire le relais des plaintes du patient, sans se prononcer sur sa capacité de travail, car il lui paraît difficile d'évaluer des douleurs. L'examen du Dr H_____ est similaire au sien, puisqu'il n'en ressort pas de déficit neurologique inquiétant, mais un simple syndrome vertébral, sans irritation ni déficit neurologique.

Le Dr G_____ a précisé que si le tableau radiologique est effectivement sévère, le tableau clinique l'est beaucoup moins, les quelques signes pathologiques observés n'étant pas dramatiques. Il rappelle que, de façon générale, il n'y a pas de corrélation automatique entre la gravité de l'arthrose constatée à l'imagerie et les douleurs ressenties. En l'espèce, les douleurs s'expliquent par l'arthrose. En cas d'arthrose cervicale sévère classique, il vaut mieux éviter les mouvements répétitifs de la nuque et des membres supérieurs, qui peuvent déclencher des symptômes. De façon générale, un syndrome douloureux affecte la capacité de travail. Le

Dr G_____ estime que, dans une activité adaptée, ne sollicitant pas de manière excessive la nuque et les membres supérieurs, la capacité de travail est conservée.

S'agissant du Zaldiar, le Dr G_____ indique que l'assuré le prenait déjà (à la demande) lorsqu'il l'a consulté la première fois. Cet antidouleur peut entraîner des somnolences, vertiges et nausées et est normalement prescrit sur de courtes durées.

Entendu à son tour, le Dr C_____ a indiqué avoir conclu à des douleurs squelettiques nociceptives et à une capacité de travail de 4h./jour, contrairement au Dr H_____, qui a retenu une capacité de 2 fois 3h./jour. À l'époque, le chiffre de 4h./jour lui paraissait être un juste compromis, mais il se justifierait d'évaluer les choses sur une longue période, par exemple par le biais d'une observation professionnelle. Vu le caractère imprévisible des douleurs, il lui semble possible que le chiffre de 4h./jour ne puisse pas toujours être atteint.

Si les dosages peuvent avoir changé, la liste des médicaments énoncée dans son rapport est restée sensiblement la même. Il a prescrit le Zaldiar à l'assuré et les doses ont été réduites en raison d'un faible impact sur les douleurs. Le Zaldiar et d'autres médicaments pris par l'assuré peuvent avoir le même type d'effets secondaires (vertiges, nausées, somnolence) et ont donc été adaptés. Heureusement, ces effets n'ont été que temporaires. Toutefois, la concentration peut être affectée et les médicaments peuvent induire une certaine somnolence. Il lui paraît difficile d'évaluer l'impact de la médication sur la capacité de travail, dont les effets fluctuent d'un jour à l'autre, selon que l'assuré présente des douleurs et prend tel ou tel médicament. Les effets peuvent être jugulés au maximum par le choix d'alternatives (physiothérapie, patch, glace), l'adaptation du dosage, voire la prescription d'autres molécules.

En ce qui concerne le problème évoqué au niveau du pouce droit, le Dr C_____ le juge médicalement banal : les douleurs se manifestent plusieurs fois par an, parfois pendant plusieurs semaines, mais ne sont pas constantes. Cela ne constitue pas un handicap sur le long terme. Un épisode douloureux se traduit par une perte de force, ainsi que par la nécessité de porter une attelle, d'apposer des poches de glace, voire de procéder à une infiltration; cela empêche d'écrire correctement et de manipuler les objets avec aisance.

Quant à l'assuré, il a déclaré que 5 à 8 ans auparavant, il marchait 5 à 6 km, une à deux fois par semaine. Désormais, il lui est difficile d'aller au centre commercial, situé à 300 mètres de son domicile. Ses douleurs se répercutent sur sa vie quotidienne. Il précise n'avoir pas refusé de se rendre à l'atelier, mais avoir simplement demandé s'il pouvait s'allonger sur un lit en cas de douleurs.

À l'issue de l'audience, les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives.

27. Le 20 août 2021, le recourant a transmis à la CJCAS un bilan d'IRM de l'épaule gauche daté du 11 août 2021, concluant à une « tendinopathie avec possibilité d'une petite fissure sur la face articulaire du tendon du sus-épineux ». Le recourant y voit là un élément nouveau, à savoir une fissure tendineuse.

28. Le 27 septembre 2021, l'intimé a persisté derechef dans ses conclusions, en produisant un nouvel avis du SMR, qui estime qu'on ne peut retenir d'atteinte incapacitante en relation avec la nouvelle pièce produite par le recourant, dont il ne ressort ni anamnèse, ni examen clinique, ni description des amplitudes articulaires. De surcroît, l'examen clinique des épaules pratiqué en juin 2019 par le Dr H_____ s'est révélé normal et l'assuré n'a pas formulé de plainte concernant son épaule gauche. Enfin, les limitations retenues en lien avec l'atteinte cervicale sont également valables pour les épaules, de sorte qu'il ne ressort de la pièce produite aucun élément objectif susceptible de modifier l'appréciation du SMR.

29. Le 20 octobre 2021, le recourant a versé à la procédure un rapport récemment établi par le Dr C_____, faisant état de douleurs à la mobilisation, dans un contexte de téno-bursite et d'arthrose acromio-claviculaire, ainsi que de cervicalgies irradiant le haut des épaules. Selon son examen, le bras gauche ne peut atteindre l'horizontale, ce dont il résulte une limitation également dans l'accomplissement d'activités de la vie courante.

30. Le 12 novembre 2021, l'intimé a campé sur sa position, en rappelant que la légalité de la décision attaquée s'examine d'après l'état de fait existant au moment où elle a été rendue. Il se réfère pour le surplus à un nouvel avis établi par le SMR, qui estime que l'atteinte de l'épaule gauche, si elle entraîne de nouvelles limitations en parties déjà retenues (en raison de l'atteinte cervicale), est, quoi qu'il en soit postérieure à la décision.

31. Le 24 novembre 2021, le recourant a rétorqué que les conditions permettant une extension du litige aux faits nouveaux lui paraissent remplies.

32. Sur quoi, 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable.

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

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

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

5. Le litige porte sur la question de la quotité de la rente d'invalidité à allouer à l'assuré suite à la nouvelle demande qu'il a déposée en 2017.

6. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 - 5ème révision AI). 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.

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 ou mentale 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).

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

8. Selon l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter

sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

9. a. 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).

b. 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).

c. 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).

d. 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. a. 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).

b. 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 (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Toutefois, lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (p. ex. formation professionnelle insuffisante, connaissances insuffisantes d'une langue nationale ou limitation des possibilités d'emploi en raison du statut de saisonnier) 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. 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 de la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2). Le revenu nettement inférieur peut alors justifier un parallélisme des revenus à comparer, lequel doit porter seulement sur la part qui excède le taux déterminant de 5%. 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). Dans une seconde phase, il convient d'examiner si une déduction au sens de l'ATF 126 V 75 (10% à 25%) doit être opérée sur le revenu d'invalide obtenu à partir des valeurs moyennes statistiques.

c. 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). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). 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.

d. 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 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

11. En l'espèce, dans sa décision du 18 novembre 2020, l'intimé s'est rallié aux conclusions du Dr H_____ et a retenu que l'assuré avait recouvré, depuis août 2016, une capacité de travail de 75% dans toute activité adaptée à son état de santé. Il lui a reconnu le droit à un quart de rente dès le 1er janvier 2018, sur la base d'un degré d'invalidité de 47%.

    De son côté, le recourant conteste la valeur probante du rapport du Dr H_____, dont il fait remarquer qu'il omet de mentionner un certificat établi par le Dr F_____ en juillet 2014, concernant son arthrose du pouce droit. Or, le recourant estime que la limitation affectant son pouce se répercute nécessairement sur sa capacité de travail. En outre, c'est en contradiction avec les indications subjectives consignées dans son rapport que le Dr H_____ prétend qu'il n'y aurait aucune aggravation concernant l'utilisation du membre inférieur gauche. Le recourant ajoute que le rapport du Dr H_____ diverge « fondamentalement » des conclusions des Drs G_____ et C_____, ce dernier médecin ayant retenu un temps de travail exigible de 4 heures par jour. Le résultat du scanner cervical de décembre 2020 témoigne également d'une aggravation de son état de santé. Le recourant fait encore valoir que le Dr H_____ a omis de tenir compte de sa médication (Zaldiar), ce qui justifierait un complément d'instruction.

12. a. La Cour de céans constate que le rapport du Dr H_____ est fondé sur une anamnèse détaillée effectuée en connaissance du dossier médical, sur les plaintes de l'assuré et sur un examen clinique complet. Par ailleurs, ses conclusions sont claires et motivées, de sorte qu'il satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

    Du rapport du Dr H_____, il ressort une mobilité légèrement limitée de la hanche gauche, ainsi que de légers troubles statiques du rachis et un relâchement de la sangle abdominale. La mobilité de la nuque est normale, mais douloureuse, tout comme la mobilité lombaire. En dépit des troubles dégénératifs (modérés à sévères) ressortant du dossier radiologique, le recourant est capable de marcher 1 à 2 km sans interruption, ainsi que de conduire pendant 30 minutes. Il participe aux tâches ménagères légères (préparation des repas, courses, aspirateur, etc.), ce qui démontre, selon l'examinateur, qu'il conserve des ressources physiques pour accomplir des tâches physiquement légères. Le Dr H_____ conclut que l'activité antérieure de chauffeur est proscrite depuis février 2015, en raison des troubles dégénératifs avancés du rachis cervical. En revanche, il évalue la capacité de travail

à 75% dans une profession adaptée dès le mois d'août 2016, précisant que l'incapacité de 25% qu'il retient résulte des limitations fonctionnelles affectant la nuque et le membre inférieur gauche (soit éviter les travaux avec les bras au-dessus de la tête, les rotations rapides et les extensions prolongées de la nuque, les travaux en position accroupie, agenouillée ou sur un plan instable, les marches excédant un kilomètre, les montées et descentes répétées d'escaliers et le port de charges supérieures à 10 kg).

b. C'est le lieu de rappeler que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète - comme l'est celle du Dr H_____ -, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (cf. supra).

En l'occurrence, le recourant ne met pas de tels éléments en évidence.

Tout d'abord, dans la mesure où il reproche au Dr H_____ de ne pas avoir mentionné le certificat du Dr F_____ évoquant son arthrose du pouce droit, son argumentation se révèle dénuée de pertinence : d'une part, l'examen clinique du Dr H_____ n'a pas mis en évidence de limitation au niveau des mains, ce médecin ayant précisé dans son rapport que l'inspection des mains s'était révélée « sans problème », que l'extension (respectivement l'enroulement) des doigts longs était indolore et que l'opposition du pouce était complète. D'autre part, le médecin traitant du recourant, le Dr C_____, a lui-même jugé que le problème du pouce droit était médicalement banal et ne constituait pas un handicap à long terme. En conséquence, même si le recourant présente effectivement une arthrose sévère du pouce droit, il n'est nullement établi qu'elle entraverait sa capacité à exercer une profession adaptée.

Ensuite, contrairement à ce que laisse entendre le recourant, une aggravation sensible de son état de santé ne peut être inférée du scanner cervical du 30 décembre 2020, le Dr G_____ ayant précisé que le résultat de cette imagerie était superposable aux constatations et conclusions ressortant de son rapport du 14 juin 2018 (au terme duquel ce médecin avait conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée).

Les indications subjectives du recourant concernant sa faculté à conduire ne sont pas non plus susceptibles de remettre en question les conclusions du Dr H_____, l'examinateur ayant tenu compte des limitations affectant le membre inférieur gauche pour évaluer la capacité résiduelle de travail.

S'agissant de la médication prescrite à l'assuré (Zaldiar), elle a été prise en compte par le Dr H_____ dans son rapport (p. 5), de sorte que l'on ne se trouve pas en présence d'un élément décisif qui aurait été omis par l'examinateur, ce d'autant moins que, comme l'a précisé le Dr C_____, les effets secondaires liés au Zaldiar

– dont la dose a été réduite – n'ont été que temporaires et qu'il est difficile d'en mesurer l'impact éventuel sur la capacité de travail. À cet égard, les faits de la présente cause ne sauraient être assimilés à ceux ayant donné lieu à l'arrêt dont se prévaut le recourant pour étayer sa demande d'expertise : le jugement qu'il invoque (arrêt du Tribunal fédéral 8C_778/2013 du 14 février 2014) concernait un cas où la prise d'un médicament anxiolytique (Lyrica) avait débuté postérieurement à l'expertise, de surcroît au dosage le plus élevé possible, si bien que, selon les juges fédéraux, l'expert ne pouvait se prononcer sur les effets d'une médication encore non entamée. On ne voit rien de comparable dans la présente affaire.

Pour le reste, l'atteinte de l'épaule gauche (tendinopathie) dont se prévaut le recourant est postérieure au prononcé de la décision attaquée et ne remet pas non plus en cause l'appréciation du Dr H_____, conformément à la jurisprudence (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

c. Enfin, il convient de relever que, quoi qu'en dise le recourant, les avis émis par ses médecins ne s'écartent pas fondamentalement de ceux du Dr H_____ : entendu en audience, le Dr G_____ a exposé que l'examen du Dr H_____ était similaire au sien, qu'il n'en ressortait qu'un simple syndrome vertébral, et que, si le tableau radiologique était effectivement sévère, le tableau clinique l'était beaucoup moins. Ce neurochirurgien a estimé que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était conservée. Force est de constater que les conclusions du Dr G_____ rejoignent celles du Dr H_____.

Quant au Dr C_____, il a estimé la capacité de travail à environ 50% (4h/jour), de sorte que ses conclusions s'écartent certes légèrement du taux de 75% retenu par l'examinateur. Pour autant, ce médecin traitant n'a pas mis en évidence d'élément objectif qui n'aurait pas déjà été pris en considération par le Dr H_____, dès lors qu'il n'a justifié la réduction alléguée de la capacité de travail (50%) que par des douleurs, soit par un élément dont l'examinateur a justement tenu compte dans son rapport.

d. Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à se rallier aux conclusions du Dr H_____ et à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant avait recouvré, depuis août 2016, une capacité de travail de 75% dans toute profession adaptée à ses limitations fonctionnelles.

13. a. À l'issue du délai de carence d'un an, en 2016, l'intimé a chiffré le degré d'invalidité à 47%, en comparant le revenu sans invalidité (CHF 71'414.-) que le recourant aurait perçu en bonne santé selon son ex-employeur (l'entreprise RATP), en tenant compte de l'évolution des salaires, avec le revenu statistique d'invalide (CHF 37'577.- selon l'ESS 2016, tableau TA1, niveau de compétence 1) qu'il aurait été en mesure de réaliser en exerçant à 75% une activité adaptée à son handicap, après déduction d'un abattement de 25%, taux maximal admis par la jurisprudence.

En ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité, le recourant conteste uniquement le revenu sans invalidité retenu par l'intimé, qu'il juge inférieur à la réalité. À

l'appui de ses dires, il produit un article de presse dont il ressort que le salaire d'un chauffeur TPG avec dix ans d'ancienneté s'élèverait à CHF 81'288.-, et fait valoir que, s'il était resté en bonne santé, il aurait sans doute pu postuler auprès des TPG et obtenir un salaire du même ordre. À titre subsidiaire, le recourant demande qu'il soit procédé à un parallélisme des revenus à comparer, au motif que le revenu sans invalidité retenu par l'OAI serait largement inférieur au salaire statistique d'une activité de niveau 3 dans la branche du « transport terrestre et par conduites », selon les ESS 2010 et 2012 (tableau TA1_b, ligne 49 de l'ESS 2010 et tableau TA1_tirage_skill_level, ligne 49-52 de l'ESS 2012).

b. Conformément à la jurisprudence, des possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement ne doivent être prises en considération que lorsqu'il est très vraisemblable qu'elles seraient advenues. Il convient d'exiger la preuve d'indices concrets que la personne assurée aurait obtenu dans les faits un avancement ou une augmentation corrélative de ses revenus, si elle n'était pas devenue invalide. Des indices concrets en faveur de l'évolution de la carrière professionnelle doivent exister, par exemple, lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 80/2001 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références, in REAS 2004 p. 239 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_338/2013 du 14 août 2013 consid. 5.1).

En l'occurrence, le recourant ne fait valoir aucun indice sérieux à l'appui du projet de changement d'emploi qu'il invoque. La « stagnation salariale » dont il se prévaut n'est pas démontrée, puisqu'il n'a travaillé pour l'entreprise RATP que pendant trois ans, selon son extrait de compte individuel AVS. On ne trouve pas non plus dans le dossier d'éléments concrets permettant de retenir que sans son invalidité, l'assuré aurait très vraisemblablement changé d'emploi en vue d'obtenir une rémunération supérieure, notamment en postulant auprès des TPG, comme il l'allègue. En l'absence d'indices concrets corroborant l'évolution de carrière alléguée, celle-ci ne saurait être tenue pour hautement vraisemblable, comme l'exige la jurisprudence, de sorte qu'elle ne peut être prise en compte pour fixer le revenu sans invalidité.

c. S'agissant ensuite du parallélisme des revenus qu'invoque le recourant, il convient de relever que l'entreprise RATP – sous-traitante des TPG – lui a versé un salaire annuel de CHF 69'245.- en 2011. Ce montant s'avère supérieur à ce que prescrit la convention collective de travail « Transports sous-traitants TPG », applicable, qui prévoit un salaire annuel minimum de CHF 58'299.80, conformément aux art. 3 et 7 de ladite convention (CHF 4'484.60 x 13). En conséquence, le salaire effectivement réalisé en 2011 ne saurait être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels du domaine dans lequel l'assuré a travaillé, si bien qu'une mise en parallèle des revenus ne se justifie pas. C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, il n'y a pas lieu de majorer le revenu sans invalidité lorsque celui-ci est supérieur au salaire usuel de la branche, déterminé

selon le salaire minimum d'embauche d'une convention collective de travail, de sorte que dans cette hypothèse, le recours à la méthode du parallélisme des revenus est exclu (arrêts du Tribunal fédéral 8C_537/2016 du 11 avril 2017 consid. 6.1 et 8C_141/2016 du 17 mai 2016 consid. 5.2.2.3).

À cela s'ajoute que, même si l'on voulait, comme le suggère le recourant, comparer le revenu de chauffeur effectivement obtenu en 2011 avec le salaire statistique ressortant de l'ESS dans le domaine du transport de personnes, il n'en ressortirait pas non plus du revenu une différence d'au moins 5% entre le salaire réalisé avant l'atteinte à la santé et le salaire usuel dans le domaine considéré.

En effet, conformément à la décision entrée en force de 2007, à laquelle le recourant se réfère d'ailleurs dans sa réplique, le salaire statistique dans le domaine du transport de personnes correspond au tableau TA7, ligne 31 [transport de personnes et de marchandises] de l'ESS, pour un homme exerçant une activité de niveau de compétence 3 [nécessitant des connaissances spécialisées]. Ce salaire statistique s'élevait à CHF 66'288.- pour un plein temps en 2006, ce qui correspond à CHF 71'455.- en 2011, en tenant compte de l'évolution des salaires nominaux (de 2006 à 2011, l'indice est passé de 2014 à 2171, soit CHF 66'288.- x 2'171 / 2'014). Ce salaire statistique n'excède que d'environ 3% le salaire effectivement perçu en 2011 (CHF 71'455.- / CHF 69'245.- = 103%), de sorte que les conditions auxquelles la jurisprudence subordonne une mise en parallèle des revenus ne sont quoi qu'il en soit pas réalisées (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2). On précisera encore que, contrairement aux calculs effectués par le recourant, le revenu effectivement perçu comme chauffeur en 2011 n'a pas à être comparé au salaire statistique ressortant du tableau TA1_b, niveau 3 (ligne 49) de l'ESS 2010, qui correspond à un poste de cadre inférieur, ni au salaire statistique résultant du tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 3 (ligne 49-52) des ESS 2012 et 2016, dès lors que les activités de conduite de véhicules correspondent à un niveau de compétence 2 (et non au niveau 3), selon ledit tableau.

d. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a chiffré le revenu sans invalidité à CHF 71'414.-, sur la base du salaire effectivement par l'assuré en 2011, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'en 2016.

Pour le surplus, le revenu d'invalide retenu par l'intimé (CHF 37'577.-) n'est pas contesté en tant que tel, de sorte que le degré d'invalidité s'élève effectivement à 47%. Aussi, la décision attaquée ne prête-t-elle pas le flanc à la critique en tant qu'elle accorde au recourant un quart de rente d'invalidité dès le 1er janvier 2018, six mois après le dépôt de la nouvelle demande.

14. a. Enfin, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre un stage d'observation professionnelle et conclut à l'octroi de nouvelles mesures d'ordre professionnel (sans préciser lesquelles).

b. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures

soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

c. En l'espèce, si les limitations fonctionnelles du recourant peuvent de prime abord sembler conséquentes, elles s'apparentent en réalité à des mesures classiques d'épargne visant à éviter les douleurs provoquées par une pathologie rachidienne. Dans une procédure impliquant un assuré qui présentait des limitations fonctionnelles relativement similaires aux siennes (absence de port de charges et mesures d'épargne rachidiennes), le Tribunal fédéral a jugé que lorsque le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif étaient adaptées à l'état de santé de l'assuré et accessibles sans formation particulière, il n'existait guère d'obstacle à l'exercice d'un emploi adapté, de sorte que l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle apparaissait superflu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3).

Cette solution paraît transposable au cas particulier, car on peut raisonnablement considérer que le marché du travail offre au recourant un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre suffisant sont adaptées à ses limitations et accessibles sans formation particulière (l'intimé cite à cet égard quelques exemples, tels que des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle).

En outre, les chances de succès de mesures de réadaptation paraissent ténues, dans la mesure où le recourant, lors de l'entretien qu'il a eu avec l'OAI à ce sujet, en août 2019, a déclaré qu'il s'estimait totalement incapable de travailler et désirait une rente. Les perspectives d'une réadaptation professionnelle – y compris la mise en œuvre d'un stage d'observation professionnelle – apparaissaient donc effectivement compromises d'un point de vue subjectif au moment déterminant où l'intimé s'est prononcé. Partant, son refus d'accorder au recourant de (nouvelles) mesures de réadaptation n'apparaît pas critiquable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_807/2011 du 27 février 2012 consid. 4).

On ajoutera que si le recourant est aujourd'hui disposé à entreprendre de nouvelles démarches dans le sens d'une réadaptation professionnelle, il lui est loisible de s'adresser aux organes de l'assurance-invalidité, à qui il incombera d'examiner une nouvelle demande.

15. Le dossier permettant à la Cour de céans de se prononcer en connaissance de cause sur le bien-fondé de la décision attaquée, il est inutile d'ordonner une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a). Dans ce contexte, on rappellera que, dans la procédure d'octroi de prestations d'assurances sociales, il n'existe un droit formel à la mise en œuvre d'une expertise médicale qu'en cas de doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4), ce qui n'est pas le cas ici, dès lors que les avis exprimés par les médecins du recourant rejoignent pour l'essentiel celui du Dr H_____.

16. Mal fondé, le recours est rejeté.

17. 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, le recourant sera condamné au paiement d'un émolument, arrêté au montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La Présidente
	Karine STECK
Marie-Catherine SÉCHAUD	

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