RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4437/2019 **ATAS/1059/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 octobre 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par APAS-association pour la permanence de défense des patients et des assurés	recourant

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré, le patient ou le recourant), est né le _____ 1959; célibataire, ressortissant espagnol, il est arrivé à Genève le 11 mars 1983 et y a séjourné depuis lors sans interruption; il est titulaire d'un permis C UE/AELE; il a notamment exercé la profession d'agent de propreté/nettoyeur.

2. Le 24 octobre 2018, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). Il était suivi, depuis mars 2012, par la doctoresse B_____(ci-après : la généraliste traitante), spécialiste FMH en médecine interne générale, et depuis 2017, par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, privat docent, médecin adjoint agrégé au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Il était en incapacité totale (100 %) de travail depuis 2012. L'atteinte à la santé relevait de la maladie, soit de lombalgies chroniques (Modic I et syndrome lombovertébral), et récidive de fibrillation auriculaire (ci-après : FA), existant depuis 2012. Il était assisté par l'Hospice général (ci-après : l'hospice).

3. Dans le cadre de son instruction médicale, l'OAI a recueilli de nombreux documents médicaux de la généraliste traitante, du rhumatologue des HUG, et de la doctoresse D_____, cardiologue FMH (ci-après : la cardiologue traitante).

4. Le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR ou le service médical) a examiné les documents médicaux versés au dossier, et s'est prononcé une première fois dans un avis du 13 février 2019 : il n'était pas en mesure de conclure, car l'état de l'assuré n'était pas stabilisé; on apprenait par ailleurs que l'assuré était suivi sur le plan cardiologique et aurait été opéré du cœur entre 2012 et 2016 selon ses dires. Le SMR invitait le gestionnaire à interpeller le cardiologue traitant, et le médecin traitant pour obtenir un rapport intermédiaire, d'ici à juin 2019.

5. Après retour des documents médicaux susmentionnés, le SMR s'est à nouveau prononcé dans un avis du 5 septembre 2019 : selon le rapport du médecin traitant du 21 juin 2019 (reçu le 26 juin 2019), il n'y avait pas d'aggravation, l'état de santé étant stationnaire depuis l'automne 2018; la généraliste estimait la capacité de travail (ci-après : CT) totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (ci-après : LF) (pas de port de charges, alternance des positions, « tout de suite » selon son expression); sur le plan cardiologique, l'atteinte n'était pas durablement incapacitante, selon le rapport de la cardiologue traitante. En conclusion, le SMR se déclarait « d'accord avec les médecins traitants » sur une CT définitivement nulle dans l'activité habituelle de bagagiste nettoyeur depuis le 1er août 2018 et sur une CT progressive dans une activité adaptée, à 50 % dès le 8 novembre 2018, et à 100 % dès juin 2019.

6. Le 24 septembre 2019, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, lui refusant le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Le statut d'assuré retenu était celui d'une personne active à temps complet; l'OAI reconnaissait une

incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 1er août 2018 (début du délai d'attente d'un an), considérant que, dans une activité adaptée à l'état de santé, la CT était de 100 % dès le 1er juin 2019. Par comparaison des revenus avec et sans invalidité, le taux d'invalidité s'élevait à 15 %, et n'ouvrait dès lors pas de droit à la rente. Quant au droit à d'éventuelles mesures professionnelles, il était nié tant pour une orientation professionnelle (en raison de l'existence d'un nombre significatif d'activités non qualifiées dans les secteurs de la production et des services, accessibles sans intervention nécessaire de l'OAI), que pour un reclassement professionnel (vu le taux d'invalidité inférieur à 20 %); quant à l'aide au placement, cette prestation était ouverte lorsque le handicap posait des problèmes dans la recherche d'un emploi ou qu'un accompagnement était requis pour se présenter auprès d'un employeur, ce qui n'était pas son cas.

7. Ce projet de décision a été confirmé par décision formelle du 6 novembre 2019.

8. Le 2 décembre 2019, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans ou la CJCAS) d'un recours contre cette décision. Il concluait implicitement et principalement à l'annulation de la décision entreprise, à l'octroi d'une rente-invalidité, et subsidiairement à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Il contestait l'appréciation de l'intimé selon laquelle il serait apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée dès le 1er juin 2019. Contrairement à ce que prétendait le SMR, la Dresse B_____ ne disait pas, dans son rapport du 21 juin 2019, qu'il pouvait travailler à 100 % dans une telle activité, et cela ne correspondait pas aux discussions qu'il avait eues avec elle et au contenu de son rapport du 8 novembre 2018 qui précisait bien qu'il ne pouvait pas travailler plus de 4 heures par jour. Par ailleurs, le Dr C_____ attestait également le 26 novembre 2018 d'une CT de 50 % dans une activité adaptée aux lombalgies. Il notait également une exacerbation importante de ses symptômes au dernier contrôle, ne permettant pas la reprise d'une activité professionnelle. C'était dès lors de manière arbitraire que l'OAI retenait une pleine capacité de travail.

9. L'intimé a répondu au recours par courrier du 7 janvier 2020, concluant à son rejet. Il ressortait de l'instruction menée par l'office que le recourant présentait une CT nulle dans son activité habituelle dès le 1er août 2018, mais de 50 % dès le 8 novembre 2018 et ensuite de 100 % dès juin 2019 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : pas de port de charges, pas de porte-à-faux et alternance des positions (avis du SMR du 5 septembre 2019). Dans son rapport du 8 novembre 2018, la généraliste traitante faisait état d'une CT de 50 % dans une activité adaptée, tout en indiquant dans ses constats médicaux « lombalgies non déficitaires »; le pronostic était très réservé compte tenu de l'âge (facteur extra médical) et des lombalgies. Selon le rhumatologue traitant, le recourant présentait une CT de 50 % dans une activité adaptée. Il indiquait également que lors du contrôle (sans indication de date), les médecins du service de rhumatologie des HUG avaient constaté une exacerbation importante des symptômes, ce qui ne leur avait pas permis de prescrire une reprise professionnelle. Dans son rapport du

21 juin 2019, la généraliste traitante indiquait que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et qu'il pouvait reprendre tout de suite une activité dans un travail adapté. Sur le plan cardiologique, il n'existait pas d'atteinte incapacitante selon le rapport de la cardiologue traitante. Au vu de ces éléments, l'intimé estimait que c'était à juste titre que le SMR avait retenu que le recourant présentait une CT de 100 % dans une activité adaptée. L'OAI précisait encore que ni les diagnostics, ni les LF (mesures classiques d'épargne lombaire) ne justifiaient une CT résiduelle réduite. Quant aux mesures d'ordre professionnel sollicitées, le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif d'entre elles étaient adaptées aux limitations du recourant, accessibles sans aucune formation particulière. Le recourant n'établissait pas de manière convaincante en quoi des activités simples ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues. Enfin, l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la CT du recourant, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'investigations complémentaires était superflue.

10. Sur réplique du 20 avril 2020, le recourant, désormais assisté d'un conseil, a persisté dans les conclusions principales de son recours, et conclu subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation, le tout avec suite de frais et dépens. Il a produit les réponses de sa généraliste traitante à un questionnaire de son conseil : en substance, elle suivait son patient pour ses problèmes de lombalgies depuis mars 2012; les diagnostics précis étaient des lombalgies chroniques en raison d'un Modic I et un syndrome lombovertébral; le patient se plaignait actuellement de lombalgies invalidantes et insomniantes; la CT dans l'activité habituelle était de 0 % dès 2012; dans une activité adaptée aux LF (peu de port de charges, peu de travail en porte-à-faux, possibilité de changer régulièrement de position, pas de travail en position basse), la CT était de 50 %. Cette CT résiduelle serait encore réduite par une diminution de rendement, en raison des atteintes à la santé. Après avoir énuméré et commenté brièvement les divers documents médicaux versés au dossier de l'intimé, le recourant reprochait à l'OAI d'avoir mal évalué le début de son incapacité de travail : selon sa généraliste traitante, il souffrait de lombalgies depuis 2012 (début de la prise en charge) à tout le moins; lorsqu'avait débuté le suivi du rhumatologue des HUG, ce spécialiste rapportait déjà qu'il souffrait depuis plusieurs années d'épisodes de lombalgies mécaniques et que depuis un an, soit depuis 2016 à tout le moins, il présentait des lombalgies progressives constantes avec des douleurs importantes (7/10). Il ressortait du courrier du rhumatologue traitant du 26 novembre 2018 (*ci-dessus ad ch. 3 en Fait*) que tout au long du programme multidisciplinaire auquel il avait participé pendant deux mois dès novembre 2017, les LF importantes constatées par les divers thérapeutes se répercutaient dans toutes les activités de sa vie sociale. Si une amélioration avait pu être constatée en fin de traitement intensif, le rhumatologue traitant avait pu constater une exacerbation importante des symptômes en février 2018, ce spécialiste craignant qu'une telle exacerbation avec répercussions fonctionnelles majeures y compris professionnelles ne les ramène en phase avec ce qui avait été

observé le jour où le bilan des capacités fonctionnelles avait été établi, où l'incapacité de travail était totale. Ainsi, une lecture attentive de l'ensemble du dossier permettait aisément de retenir que l'incapacité de travail durablement invalidante avait débuté bien avant le 1er août 2018 et semblait remonter à 2016 à tout le moins. En raison du dépôt tardif de la demande de prestations AI le 24 octobre 2018, le début du délai d'attente d'un an devait être fixé à 6 mois avant le dépôt de cette demande et l'échéance de ce délai à 6 mois après. Dans un 2ème grief, le recourant contestait l'évaluation de son état, et par voie de conséquence, le calcul de son degré d'invalidité. C'était à tort que l'OAI avait considéré que la CT du recourant dans une activité adaptée était de 100 % dès le 1er juin 2019 : cette appréciation était uniquement fondée sur le rapport de la généraliste traitante du 26 juin 2019, le SMR considérant, dans son rapport du 5 septembre 2019, que la généraliste aurait estimé une CT totale dans une activité adaptée, dès cette date; or, dans son rapport, la généraliste traitante écrivait effectivement qu'une reprise de travail dans une activité adaptée était immédiatement envisageable, mais elle n'avait toutefois jamais évoqué un taux de 100 %. À lecture de ses précédents rapports, le taux exigible n'était que de 50 % ou 4 heures par jour, ce qu'elle confirmait encore dans le questionnaire auquel elle avait répondu le 31 mars 2020. Ainsi, aucun médecin ne s'était jamais prononcé en faveur d'une CT complète dans une activité adaptée, bien au contraire. Si l'appréciation de l'OAI s'était à juste titre reposée sur l'avis des médecins de l'assuré, l'intimé n'en avait toutefois pas fait une bonne lecture, et son interprétation était erronée, d'autant qu'il n'avait procédé à aucune constatation médicale propre. Outre le fait que c'était un taux d'incapacité de travail raisonnablement exigible de 50 % qui aurait dû être pris en considération dans la détermination du degré d'invalidité, l'abattement retenu de 15 % était insuffisant, dès lors qu'il ne tenait compte que des LF de l'assuré. À cela s'ajoutaient encore que l'assuré était âgé de 60 ans, de nationalité espagnole, titulaire d'un permis C, et que seule une activité légère était exigible à un taux d'occupation réduit. C'était ainsi un abattement de 25 % qui aurait dû être admis par l'intimé, éventuellement encore augmenté d'une baisse de rendement. Il contestait enfin qu'une éventuelle CT résiduelle dans une activité adaptée soit en l'occurrence concrètement exigible de sa part sur le marché équilibré du travail (art. 16 de loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 [LPGA - RS 830.1]).

11. L'intimé a dupliqué par courrier du 2 juin 2020 : il avait soumis au SMR la dernière prise de position de la généraliste traitante (du 31 mars 2020). Dans son avis du 29 mai 2020, auquel l'intimé se ralliait, le service médical observait que la Dresse B_____ ne décrivait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré, ni de nouvel examen clinique ou radiologique. Le SMR avait retenu une CT de 100 % dans une activité adaptée, car en l'absence de déficit neurologique et de signes irritatifs, on pouvait s'attendre à ce que l'assuré puisse avoir une CT médicothéorique entière dans une activité entièrement adaptée aux LF d'épargne du rachis lombaire. Après la prise en charge multidisciplinaire du rachis aux HUG, en 2018, l'assuré avait montré une amélioration tant sur le plan des douleurs que sur la

mobilisation. Il pouvait tenir une position assise durant 45 minutes et marcher deux heures sans douleurs au rachis : il disait se promener deux heures par jour au minimum et jouer régulièrement aux cartes avec ses amis, ce qui impliquait le maintien d'une position assise. De plus, lors de la consultation de contrôle après la prise en charge multidisciplinaire, l'assuré avait déclaré ne pas avoir continué ses exercices de rééducation, entraînant une réapparition des douleurs. Ainsi, d'un point de vue médicothéorique, une CT entière était tout à fait exigible, ainsi que la poursuite du traitement de rééducation, un déconditionnement musculaire n'étant pas du ressort de l'AI. Ainsi, ce dernier rapport de la généraliste traitante n'apportait aucun élément médical objectif susceptible de modifier l'appréciation précédente du SMR.

Quant à l'abattement (par rapport au salaire statistique), - contesté par le recourant -, selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires statistiques devaient être réduits dépendait 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 résultait d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. En l'occurrence, l'abattement de 15 % admis par l'office était conforme au droit, de sorte que l'OAI n'avait pas abusé de son pouvoir d'appréciation. Cet abattement tenait largement compte de l'âge et des LF du recourant. Pour ce qui est du détail de l'argumentation de l'intimé sur cette question, la chambre de céans y reviendra dans la mesure utile, dans les considérants.

12. Le recourant s'est encore exprimé par courrier du 16 juin 2020. Le dernier avis du SMR, du 29 mai 2020, ne convainquait pas : il rappelait avoir retenu une CT de 100 % dans une activité adaptée en se fondant notamment sur les rapports de prise en charge multidisciplinaire du rachis aux HUG en 2018. Or, dans son avis du 13 février 2019, le SMR, qui disposait alors déjà de l'intégralité des rapports qu'il évoquait dans son dernier avis, disait ne pas être en mesure de conclure sur la CT, l'état de l'assuré n'étant pas stabilisé. Ce n'était qu'en septembre 2019, à réception du dernier rapport de la généraliste traitante daté du 26 juin 2019, que le SMR s'était prononcé sur la CT du recourant, en indiquant expressément se fonder sur les conclusions des médecins traitants, dont il s'est avéré que celles de la généraliste traitante étaient incomplètes, puisqu'elles avaient été précisées dans ses réponses au questionnaire (31 mars 2020). Malgré l'amélioration constatée lors du suivi d'un traitement intensif, à laquelle se raccrochait aujourd'hui le SMR, la capacité professionnelle exigible dans un travail adapté, à savoir sans port de charges, sans porte-à-faux, avec la possibilité de pouvoir changer régulièrement de position, était évaluée par le Dr C_____ à 50 % uniquement. Au vu des divergences dans les conclusions du SMR et des médecins traitants et des contradictions relevées dans les conclusions successives du SMR, le recourant sollicitait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique.

13. Par courrier du 11 mars 2021, la chambre de céans a indiqué aux parties qu'elle entendait ordonner une expertise judiciaire rhumatologique du recourant et commettre à ces fins le docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et expert SIM, et leur a fixé un délai pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation et proposer d'éventuelles questions complémentaires.

    La CJCAS a rendu son ordonnance d'expertise le 29 mars 2021 (ATAS/274/2021) : la décision entreprise se fondait sur des éléments incomplets qui ne permettaient pas à la chambre de céans de rendre une décision en pleine connaissance de cause - contrairement à ce que soutenait l'intimé - : dans son avis du 8 novembre 2018, la Dresse B_____ relevait notamment que l'activité habituelle (bagagiste) n'était pas exigible, mais dans une activité adaptée, l'exigibilité était de 4 heures par jour. Son patient était atteint d'une maladie chronique; aucun facteur ne faisait obstacle à une réadaptation. Le 26 novembre 2018, le Dr C_____ indiquait notamment que la CT était de 0 % dans l'activité habituelle. Il notait une certaine amélioration au terme de deux mois de traitement régulier dans le contexte d'un programme multidisciplinaire, malgré des LF importantes, se répercutant dans toutes les activités de la vie sociale, l'intensité de ces répercussions étant particulièrement bien décrite dans le bilan des capacités fonctionnelles. En fin de programme, une CT de 50 % était exigible dans un travail adapté. On aurait alors pu penser qu'une prise en charge conjointe, avec suivi pendant la réinsertion professionnelle, aurait pu avoir une chance de réussir; malheureusement, lorsqu'il avait été vu en contrôle, on avait assisté à une exacerbation importante des symptômes avec à nouveau un syndrome lombovertébral important ne permettant plus de prescrire de reprise professionnelle. On pouvait craindre que cette reprise des symptômes puisse conduire à la conclusion qu'une CT ne serait pas exigible pour un poste rémunéré. Or, à ce stade, le SMR (avis du 13 février 2019) avait conclu qu'au vu des documents versés au dossier, il n'était pas en mesure de conclure, car l'état de l'assuré n'était pas stabilisé. Les compléments d'instruction médicale avaient certes permis d'exclure une comorbidité incapacitante sur le plan cardiologique; mais la Dresse B_____(rapport du 21 juin 2019) relevait que l'état de santé était resté stationnaire depuis l'automne 2018, sans changements de diagnostics depuis 2016; à la question de savoir, si, dans l'hypothèse où une reprise de travail n'était pas possible actuellement, l'on pouvait envisager un retour au travail ultérieurement (dans le même métier ou dans un autre), elle avait répondu : « tout de suite dans un travail adapté ». Mais elle ne s'était pas prononcée sur la CT dans une telle activité : elle estimait au contraire qu'un examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la CT. Or, le SMR, dans son avis du 5 septembre 2019, considérait que selon son dernier rapport du 21 juin 2019 (reçu le 26 juin 2019), la généraliste traitante estimait la CT totale dans une activité adaptée aux LF (pas de port de charges, alternance des positions, « tout de suite » selon son expression); le SMR se déclarait « d'accord avec les médecins traitants » sur une CT définitivement nulle dans l'activité habituelle de bagagiste/nettoyeur depuis le 1er août 2018 et sur une CT progressive dans une

activité adaptée, à 50 % dès le 8 novembre 2018 et à 100 % dès juin 2019. Or, de l'avis de la CJCAS, le SMR ne pouvait raisonnablement arriver à une telle conclusion (accord avec les médecins traitants) s'agissant de la CT dans une activité adaptée (50 % dès le 8 novembre 2018 et 100 % dès juin 2019), ni au vu du dernier rapport de la généraliste traitante, ni au vu du rapport du rhumatologue (26 novembre 2018). Ainsi, contrairement à l'avis du SMR et de l'intimé, à ce jour, aucun médecin ne s'était réellement prononcé de manière probante sur une CT dans une activité adaptée. Le seul point sur lequel tous les médecins (SMR inclus) s'accordaient à ce stade, était le fait que la CT était nulle dans la dernière activité exercée par le recourant, la question de la date de début d'incapacité n'étant pas fixée sur une date concordante entre tous.

Selon le dispositif de l'ordonnance, la mission d'expertise était en substance la suivante : établir un rapport détaillé sur la base du dossier de la cause, de l'examen de l'assuré et si nécessaire après avoir pris tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré; énoncer les diagnostics retenus; définir les LF; se prononcer sur la CT dans les activités exercées d'agent de propreté/nettoyeur, ou de bagagiste, respectivement dans des activités adaptées (définir lesquelles); préciser si des mesures médicales seraient nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative; évolution de la CT depuis 2016; examiner le traitement suivi, son adéquation et la compliance de l'assuré; formuler des propositions thérapeutiques, analyser leurs effets sur la CT de l'assuré, et dire si ces mesures seraient exigibles, se prononcer de façon motivée sur les avis médicaux versés au dossier, de la Dresse B_____, du Dr C_____, ainsi que du SMR, en particulier par rapport aux diagnostics retenus, aux LF constatées et l'estimation d'une CT de l'assuré dans l'activité habituelle dès le 1er août 2018, et dans une activité adaptée à 50 % dès le 8 novembre 2018 et à 100 % dès juin 2019; émettre un pronostic; dire si des mesures de réadaptation professionnelle seraient envisageables.

14. Le Dr E_____ a déposé son rapport le 17 août 2021. L'expertise se fondait notamment sur une étude approfondie du dossier, une anamnèse détaillée et un examen clinique très complet de l'assuré, l'enregistrement de ses plaintes, un entretien téléphonique avec la généraliste traitante.

    L'expert a retenu les diagnostics incapacitants suivants : - hémisacralisation gauche de L5 [Q67.5] (variante anatomique congénitale); - scoliose lombaire modérée à convexité gauche probablement depuis l'adolescence (M41.1); - discopathies étagées D12-L1, L4-L5 et L5-S1, décrites sur les radiographies de 2013 (M51.9). Ces discopathies étaient associées en IRM avec la description du phénomène de Modic I. Elles dataient probablement au moins des années 2010 et ultérieures; - arthrose interapophysaire postérieure bilatérale étagée prédominant en L4-15 L5-51 depuis 2013 (M47.86); et les diagnostics suivants sans répercussion sur la CT : - arthrose digitale limitée aux IPD2 aux deux mains. Cette pathologie était fréquente dans la tranche d'âge du patient, elle était indolore, et datait probablement de quelques années.

Il a retenu les LF suivantes, en relation avec chacun des diagnostics évoqués ci-dessus : éviter le travail de force et le port de charges lourdes, l'expert observant notamment qu'en raison de l'hémisacralisation gauche et la scoliose lombaire modérée, il aurait fallu respecter ces LF depuis toujours. L'assuré avait travaillé dans des métiers de force (agriculture, bâtiment, bagagiste) ayant engendré, au fil du temps, une lombodiscarthrose sur ses pathologies du rachis, aboutissant aux lombalgies de 2016. Par rapport aux discopathies étagées et l'arthrose interapophysaire décrite sur les radiographies de 2013, il aurait fallu dès la fin des années 2000 observer – en plus des LF précédentes –, pas de port de charges de plus de 5 kg depuis 2016, pas de travail penché en avant ou en arrière depuis toujours; pas de rotation du tronc depuis toujours; changement de position toutes les heures depuis 2016. Le Dr E_____ a toutefois observé que depuis que l'assuré suivait un programme soutenu d'exercices physiques dans le cadre de sa rééducation cardiaque post-infarctus (2020), ses lombalgies chroniques avaient nettement diminué et il pouvait soutenir la position assise pendant 1h45 au moins, comme objectivé en situation d'expertise; il pouvait également marcher une heure et faire une heure de fitness par jour, ce qui faisait que les limitations concernant l'alternance des positions tombaient.

Il a répondu en outre à toutes les questions posées :

- CT : pas de CT dans une activité d'agent de propreté/nettoyeur ou de bagagiste. Les LF décrites ne semblaient pas compatibles avec la plupart des postes de travail disponibles dans ces branches; ces activités auraient dû être évitées pour les motifs exposés. L'expertisé ne pouvait plus travailler comme nettoyeur depuis courant 2016. Dans une activité adaptée aux LF, la CT était entière, sur le plan strictement rhumatologique. En plus des LF précédemment énumérées : pas de manutentions fines, changement de position toutes les heures. Sur le plan médico-assécurologique, toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques était exigible depuis le 8 novembre 2018 à 50 %, et à 100 % dès juin 2019. À ce taux médicothéorique, il fallait ajouter la période d'incapacité de travail totale dans toute activité, du 10 avril au 10 août 2020, en raison des problèmes cardiaques et ORL survenus en 2020 (postérieurement à la décision entreprise, et hors spécialité de l'expert).
- Mesures médicales nécessaires préalablement à l'exercice d'une activité lucrative : sur le plan rhumatologique, aucune mesure n'était nécessaire; l'assuré devait poursuivre les activités physiques actuelles (marche et fitness) et l'utilisation d'antalgiques de palier 1 (Dafalgan).
- Évolution de la CT depuis 2016 : elle s'était améliorée depuis que l'assuré avait débuté un programme de réentraînement physique dans le cadre de son infarctus (2020); s'il avait suivi les recommandations de réentraînement physique préconisées par le rhumatologue des HUG (rapport du 22 février 2018), il aurait récupéré sa CT plus tôt, sur le plan rhumatologique (dès le 8 novembre 2018 à 50 %, et à 100 % dès juin 2019).

- Pronostic : le pronostic médicothéorique était bon sur le plan strictement rhumatologique. Sur le plan socio-économique, il était probablement mauvais étant donné l'âge de l'assuré, et son absence de qualification professionnelle pour une activité adaptée.
- Traitement : le traitement actuel était adéquat sur le plan rhumatologique; il n'utilisait actuellement qu'un antalgique de palier 1 (Dafalgan 1 g 2x/j.), qui n'induisait pas d'effets secondaires; il poursuivait une activité physique de plusieurs heures par jour avec des effets bénéfiques objectifs (absence de lombalgies constatée lors de l'examen d'expertise rhumatologique, l'assuré ayant pris un comprimé de Dafalgan le matin, comme d'habitude); il était capable de passer l'aspirateur, qui est l'activité ménagère la plus contraignante pour le rachis, et en général la première tâche à laquelle renoncent les personnes souffrant de lombalgies. La compliance était actuellement excellente; elle était mauvaise en 2018 comme décrite par le rhumatologue traitant.
- Appréciation d'avis médicaux du dossier : l'expert s'est prononcé de façon motivée par rapport aux avis de la généraliste traitante (Dresse B_____), du rhumatologue traitant (Dr C_____), ainsi que du SMR. S'agissant de la généraliste traitante, l'expert indiquait que ses conclusions divergeaient de celles de cette dernière, en substance parce qu'il pouvait tenir compte de l'évolution finalement favorable des lombalgies, du moment que l'assuré avait repris une activité physique régulière. Il était en revanche d'accord avec les observations et conclusions du rhumatologue traitant sur l'état de santé en ce qui concerne les lombalgies, leur prise en charge, les LF ainsi que l'évaluation de la CT pendant son suivi de l'assuré. Enfin, s'agissant des avis du SMR, l'expert indiquait que l'évaluation de la CT totale dans une activité adaptée mais progressive (comme il la retenait lui-même) était exacte. Il rappelait à cet égard que si l'assuré avait adhéré aux conseils thérapeutiques de son rhumatologue traitant (poursuite de la physiothérapie active, exercices de gainage du rachis), l'évolution aurait été favorable, ce qui s'était produit par rapport à ses problèmes lombaires quand il s'était remis à pratiquer une activité physique régulière dans le cadre du programme de rééducation cardio-vasculaire. Il a également relevé que ce programme et l'évolution favorable étaient aussi compatibles avec les diagnostics de scoliose et d'anomalies de transition lombo-sacrée (diagnostics non mentionnés par les médecins traitants et le SMR). Quant à l'avis du service médical en cours de procédure judiciaire (mai 2020), l'expert partageait le point de vue du SMR en tant qu'il observait que l'assuré avait, après la prise en charge multidisciplinaire du rachis aux HUG en 2018, montré une amélioration tant sur le plan des douleurs que sur la mobilisation (pouvant tenir une position assise durant 45 minutes et marcher deux heures sans douleurs au rachis), et que, dès lors que l'assuré avait déclaré ne pas avoir continué ses exercices de rééducation, entraînant une réapparition des douleurs, il avait retenu une CT entière du point de vue médico-théorique, un déconditionnement musculaire

n'étant pas du ressort de l'AI. L'expert a toutefois observé que le SMR ignorait visiblement, lors de l'établissement de ce dernier rapport, que l'assuré avait malheureusement développé un cancer ORL en janvier 2020 et subi un infarctus le 10 avril 2020, raison pour laquelle il n'avait pas pu tenir compte de la nette amélioration des lombalgies suite à la participation de l'assuré au programme d'exercices physiques dans le cadre de la rééducation cardiovasculaire.

- Pronostic : l'expert a retenu que les lombalgies étaient actuellement stabilisées par le programme d'auto-exercices de l'assuré, et les antalgiques de palier 1. La lombodiscarthrose évoluait lentement et défavorablement de même que l'arthrose digitale. La scoliose et son anomalie de transition lombo-sacrée contre-indiquaient les activités non adaptées de manière définitive. Dans la règle, les pathologies dégénératives du rachis évoluant « lentement défavorablement », elles ne devraient pas causer d'incapacité de travail dans une activité adaptée jusqu'à l'âge AVS. Il était bien entendu indiqué de poursuivre les auto-exercices, adaptés à sa pathologie du rachis, pour éviter les exacerbations douloureuses.
- Mesures de réadaptation professionnelle : elles étaient envisageables, en respectant les LF.
- Autres observations et suggestions utiles : l'expert a enfin répété que l'évolution avait été favorable chez cet assuré, depuis qu'il avait trouvé la motivation pour suivre un programme de réentraînement physique; ceci démontrait chez lui l'efficacité d'un tel programme et validait les conclusions du SMR dans son rapport de mai 2020. L'assuré avait cependant présenté deux autres pathologies graves en 2020, qui n'étaient pas d'ordre ostéoarticulaire (infarctus et cancer ORL). Le Dr E_____ a relevé que les incapacités de travail en rapport avec ces pathologies avaient été établies par les médecins traitants qui avaient pris ces affections en charge; lui-même n'avait pas les compétences pour examiner leur validité sur le plan médico-assécurologique; il pouvait cependant constater que ces problèmes très graves étaient tout à fait objectivés (documents médicaux transmis par les médecins traitants, joints à son rapport); sous réserve que ces pathologies sortaient de son domaine d'expertise, il n'avait aucun motif pour remettre en question les avis des médecins traitants considérant que la CT de leur patient était nulle dans toute activité depuis le jour de son infarctus et jusqu'à deux mois après sa dernière opération ORL, soit du 10 avril au 10 août 2020 inclus.

15. Par courrier du 19 août 2021, la chambre de céans a communiqué aux parties un exemplaire du rapport du Dr E_____, et leur a imparti un délai pour conclure après expertise.

16. Le recourant s'est déterminé par courrier de son conseil du 17 septembre 2021 : il s'en rapportait à justice quant à l'appréciation des conclusions de l'expert, du point de vue rhumatologique, mais persistait néanmoins à considérer que la date du début

de son incapacité de travail durable et invalidante remontait, comme le retenait d'ailleurs l'expert, à l'année 2016 et non pas en août 2018. Dans cette mesure, son droit à une éventuelle rente-invalidité, même limitée dans le temps, devait être examiné à compter de six mois après le dépôt de sa demande le 24 octobre 2018. Il persistait ainsi à solliciter une rente d'invalidité partielle, limitée dans le temps entre le 1er avril et le 30 août 2019 (art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201), sur la base de l'incapacité de travail de 50 % reconnue jusqu'au 1er juin 2019. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, il persistait à soutenir qu'un abattement de 15 % était insuffisant au regard de l'ampleur des LF que posait son état de santé et des autres critères à prendre en compte, tels que son âge (près de 62 ans); toutes ces circonstances justifiaient un abattement maximum de 25 %. Il concluait dès lors à l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité entre le 1er avril et le 30 août 2019. Pour le surplus, il concluait au renvoi de son dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, s'agissant de l'évaluation de son invalidité en lien avec ses troubles cardiovasculaires et ORL, à la suite de son infarctus et de son cancer des amygdales, lesquels étaient survenus après la décision attaquée, mais constituant une aggravation indéniable de son état de santé.

17. L'intimé s'est déterminé par courrier du 17 septembre 2021. Le SMR avait pris position au sujet du rapport d'expertise, dans un avis du 16 septembre 2021 auquel l'OAI se référait pour le détail; il se ralliait intégralement aux conclusions de son service médical. En l'occurrence, l'expert confirmait les conclusions tant du SMR que de l'office. Les nouvelles atteintes à la santé (cardiologique et oncologie) avaient justifié une incapacité de travail dans le temps, soit du 10 avril au 20 (recte : 10) août 2020. Les nouvelles LF ne modifiaient pas la CT exigible de 100 %. Pour le surplus, l'intimé maintenait intégralement ses conclusions.

18. Par courrier du 28 septembre 2021, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce et de la recevabilité du recours ayant déjà été admise dans l'ordonnance d'expertise du 29 mars 2021 (ATAS/274/2021), il n'y a pas lieu d'y revenir.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20), les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA; RO 2020 5137; FF 2018 1597; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente, voire à des mesures professionnelles, l'OAI ayant nié tout droit à des prestations de l'AI au motif que l'assuré était en incapacité de travail totale dans son activité habituelle, dès le 1er août 2018 (début du délai d'attente d'un an) mais que sa CT était entière (100 %) dans une activité adaptée à son état de santé dès le 1er juin 2019; à l'échéance du délai d'attente, la comparaison des revenus déterminait un degré d'invalidité de 15 %, n'ouvrant le droit ni à une rente (< 40 %), ni à des mesures d'ordre professionnel (< 20 %), le recourant contestant d'une part le point de départ du délai d'attente d'un an, d'autre part le taux de sa CT de 100 % dès le 1er juin 2019 ainsi que le taux d'invalidité retenu par l'intimé au motif que le pourcentage d'abattement (15 %) sur salaire d'invalide, (déterminé sur la base du salaire statistique [ESS]) était insuffisant, et qu'un abattement maximum de 25 % aurait dû lui être appliqué en l'occurrence.

5. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

   b. La maxime inquisitoire signifie que l'assureur social et, en cas de litige, le juge, établissent d'office les faits déterminants, avec la collaboration des parties, sans être liés par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective afin de découvrir la réalité matérielle (art. 43 LPGA; art. 19 s., 22 ss, 76 et 89A de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 s.). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 117 V 261 consid. 3b et les références).

   c. Comme l'administration, le juge apprécie librement les preuves administrées, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c LPGA). Il lui faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les pièces du dossier et autres preuves recueillies permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il lui est loisible, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, de refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; ATF 129 III 18 consid. 2.6; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1).

d. Une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a; Ghislaine FRÉSARD- FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 517 s.). Reste réservé le degré de preuve requis pour la notification de décisions, l'exercice d'un moyen de droit, le contenu d'une communication dont la notification est établie (ATF 124 V 400; 121 V 5 consid. 3b; 119 V 7 consid. 3c/bb; ATAS/286/2018 du 3 avril 2018 consid. 3; ATAS/763/2016 du 27 septembre 2016 consid. 4 et 5c).

e. 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 des assurances 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)..

6. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

   Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

   Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1).

   En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b).

   En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée

incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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

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

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

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

   Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la

provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

b. 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 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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

d. 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).

e. 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. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour

que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

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

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

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

    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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

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 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, 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). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 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). À cet égard, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018); et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

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), 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).

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). 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; ATF 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'Office fédéral de la statistique (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 p. 184). 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).

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).

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'œuvre (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).

12. Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. À cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité

résiduelle de travail médicothéorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, SVR 2010 IV n° 9 p. 27 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1, SVR 2011 IV n° 30 p. 86; arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).

13. 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.

14. En l'espèce, la chambre de céans avait retenu, dans son ordonnance d'expertise du 29 mars 2021, que la décision entreprise se fondait sur des éléments incomplets qui ne lui permettaient pas de rendre une décision sur recours, en pleine connaissance de cause. Elle estimait en effet que le SMR ne pouvait raisonnablement considérer que les médecins traitants seraient arrivés à une conclusion concordante - avec laquelle il s'était déclaré d'accord – selon laquelle la CT de leur patient était définitivement nulle dans l'activité habituelle de bagagiste/nettoyeur depuis le 1er août 2018 et qu'il aurait disposé d'une CT progressive dans une activité adaptée, de 50 % dès le 8 novembre 2018 à 100 % dès juin 2019. La CJCAS constatait au contraire qu'à ce jour, aucun médecin ne s'était réellement prononcé de manière probante sur une CT dans une activité adaptée. Le seul point sur lequel tous les médecins (SMR inclus) s'accordaient à ce stade, était le fait que la CT était nulle dans la dernière activité exercée par le recourant, la question de la date de début d'incapacité n'étant pas fixée à une date concordante entre tous.

    Il y a dès lors lieu de déterminer si le rapport d'expertise du Dr E_____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. La chambre de céans considère que toutes les conditions posées par la jurisprudence (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3) sont réunies. L'expert, spécialiste reconnu, a en effet examiné tous les points litigieux importants de manière fouillée; son rapport se fonde sur des examens complets; il prend en considération les plaintes exprimées; l'expert a établi son rapport en pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description des interférences médicales est claire et ses conclusions sont bien motivées et convaincantes. Il a répondu à toutes les questions posées, de sorte que la CJCAS n'a aucun motif de s'en écarter. Du reste, les parties n'ont pas d'opinion divergente quant à la pleine valeur probante de cette expertise.

L'expert a retenu les diagnostics qui, pour la plupart, concordaient avec ceux que les médecins traitants et le SMR avait posés ou admis; mais il a en plus retenu deux diagnostics supplémentaires (hémisacralisation gauche de L5 [Q67.5] (variante anatomique congénitale) et scoliose lombaire modérée à convexité gauche probablement depuis l'adolescence [M41.1]), et décrit les LF s'attachant à chaque diagnostic, retenant au final que l'assuré ne pouvait plus travailler dans ses activités habituelles (CT nulle – 0 % –) depuis courant 2016 déjà. Prenant en compte les divers avis émis par les médecins traitants et le SMR aux divers stades de l'instruction de l'administration, il a justifié les motifs pour lesquels il partageait ou ou non ces avis. Il a toutefois retenu que, dans une activité adaptée aux LF, la CT était actuellement entière, sur le plan strictement rhumatologique. En plus des LF précédemment énumérées : pas de manutentions fines, changement de position toutes les heures. Sur le plan médico-assécurologique, toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques était exigible depuis le 8 novembre 2018 à 50 %, et à 100 % dès juin 2019, ce qui revenait à confirmer l'évaluation du rhumatologue traitant et à valider l'avis final du SMR (avant que la décision entreprise soit rendue). Il relevait, à l'instar du rhumatologue traitant, que si le recourant avait poursuivi les exercices physiques ayant conduit à une certaine amélioration au terme de deux mois de traitement régulier dans le contexte du programme multidisciplinaire des HUG en 2018, il aurait pu récupérer beaucoup plus rapidement sa CT dans une activité adaptée, - sur le plan rhumatologique s'entend -, ainsi que cela s'était vérifié a posteriori, depuis que l'assuré suivait un programme soutenu d'exercices physiques dans le cadre de sa rééducation cardiaque post-infarctus (2020) : ses lombalgies chroniques avaient nettement diminué et il pouvait soutenir la position assise pendant 1h45 au moins, comme objectivé en situation d'expertise; il pouvait également marcher une heure et faire une heure de fitness par jour. L'expert partageait ainsi le point de vue du SMR en tant qu'il observait que l'assuré avait, après la prise en charge multidisciplinaire du rachis aux HUG en 2018, montré une amélioration tant sur le plan des douleurs que sur la mobilisation (pouvant tenir une position assise durant 45 minutes et marcher deux heures sans douleurs au rachis), et que, dès lors que l'assuré avait déclaré ne pas avoir continué ses exercices de rééducation, entraînant une réapparition des douleurs, le SMR avait retenu une CT entière du point de vue médicothéorique, un déconditionnement musculaire n'étant pas du ressort de l'AI.

15. Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l’art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d’une expertise judiciaire à la charge de l’assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

Dans le cas d'espèce, la chambre de céans renoncera toutefois à mettre le coût de l'expertise judiciaire à la charge de l'OAI. En effet, si celle-ci a été rendue nécessaire en raison du fait que si tous les médecins ayant eu à se prononcer sur l'état de santé du recourant s'accordaient unanimement à reconnaître que la CT était nulle dans la dernière activité exercée par le recourant, mais que le début de l'incapacité n'avait pas été fixé à une date concordante entre tous, l'expertise a montré que si le SMR était parvenu à une conclusion erronée en fixant le jour du début de l'incapacité de travail dans l'exercice d'une activité habituelle au 1er août 2018, la CT de l'assuré dans une activité adaptée (50 % depuis le 8 novembre 2018 et 100 % dès juin 2019) était en revanche pertinente. L'expertise judiciaire a ainsi corrigé une erreur d'appréciation du SMR, et partant de l'OAI, ce qui est précisément le but du contrôle judiciaire d'une décision de l'assureur social; mais toute correction par le biais d'une expertise judiciaire ayant des conséquences sur les droits de l'assuré aux prestations de l'assurance sociale ne doit pas systématiquement avoir pour effet que les frais d'expertise soient mis à la charge de l'assureur intimé. En l'espèce, la CJCAS considère que tel ne doit pas être le cas, au vu des principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus.

16. La décision entreprise niait le droit de l'assuré à toute prestation de l'assurance-invalidité, dans la mesure où elle fixait au 1er août 2018 le début du délai d'attente d'un an, et qu'à l'issue de celui-ci, soit le 1er août 2019, la pleine CT dans une activité adaptée dès le 1er juin 2019 avait pour conséquence, dans le cadre de la

comparaison des revenus avec et sans invalidité, un taux d'invalidité de 15 %, insuffisant pour donner droit à une rente ou à des mesures professionnelles. Dès lors que selon l'expertise du Dr E_____, l'incapacité totale de travail dans l'activité habituelle existait déjà en 2016, le délai d'attente d'une année était déjà échu au moment du dépôt de la demande de prestations, le 24 octobre 2018, de sorte que le droit à la rente prenait naissance en avril 2019 (art. 29 al. 1 LAI). C'est donc la CT de l'assuré en avril 2019 qui était déterminante pour la comparaison des revenus, et donc pour la fixation du taux d'invalidité à ce moment-là. Or, comme on l'a vu, l'expert est arrivé à la conclusion que la CT exigible du recourant, dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles rhumatologiques, était de 50 % depuis le 8 novembre 2018 et de 100 % dès le 1er juin 2019. Ainsi, la comparaison des revenus doit s'établir sur la base d'une CT dans une activité adaptée de 50 % dès avril 2019.

17. a. Dans ses dernières écritures, le recourant, se basant sur le résultat de l'expertise, dont il ne remet pas les conclusions en cause (il s'en rapporte à justice à ce sujet), estime avoir droit à une rente d'invalidité, même limitée dans le temps; il sollicite ainsi une rente éventuellement partielle, du 1er avril 2019 au 30 août 2019 (art. 88a al. 1 LAI), dès lors que selon l'expert, dès le 1er juin 2019, la CT dans une activité adaptée s'était améliorée pour devenir entière (100 %). S'agissant du calcul du degré d'invalidité, le recourant ne remet, à juste titre, pas en cause la base de calcul [ESS 2016 TA1, pour un homme, ligne total, dans des activités simples et répétitives sans formation professionnelle préalable (niveau 4)]) identique pour le salaire avec et sans invalidité. Il persiste toutefois à soutenir qu'un abattement de 15 % était insuffisant au regard de l'ampleur des limitations fonctionnelles que posait son état de santé, et des autres critères à prendre en compte, tels que l'âge (62 ans). Il estime qu'un abattement (maximal) de 25 % devrait être retenu.

    b. 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). 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; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

c. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2).

Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser la capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable

de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

En l'espèce, le recourant se borne à contester le pourcentage de réduction du salaire avec invalidité, retenu par l'intimé, considérant qu'il serait « insuffisant au regard de l'ampleur des limitations fonctionnelles…, et des autres critères à prendre en compte, tels que l'âge (62 ans) ». Il ne nie pas que l'intimé a bien justifié le principe de la réduction du salaire statistique en tenant compte des LF retenues dans le cas d'espèce. Les motifs qu'il invoque ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation de l'OAI, qui dispose en l'espèce d'un large pouvoir d'appréciation. Le recourant fait valoir « l'ampleur » des LF qui l'affecteraient : il convient toutefois d'observer que ces dernières sont en réalité des mesures classiques d'épargne lombaire. L'expert a d'ailleurs relevé, comme le SMR l'avait précédemment retenu, que si l'assuré avait poursuivi les mesures mises en place par le service multidisciplinaire des HUG, en automne 2018, - qui avaient montré une amélioration tant sur le plan des douleurs que sur la mobilisation - il aurait pu récupérer beaucoup plus rapidement sa CT dans une activité adaptée, sur le plan rhumatologique s'entend; ainsi que cela s'était vérifié a posteriori, depuis que l'assuré suivait un programme soutenu d'exercices physiques dans le cadre de sa rééducation cardiaque post-infarctus (2020). Ses lombalgies chroniques avaient ainsi nettement diminué et il pouvait soutenir la position assise pendant 1h45 au moins, comme objectivé en situation d'expertise; il pouvait également marcher une heure et faire une heure de fitness par jour. Il en résulte que si les LF d'épargne lombaire sont reconnues, sur le principe, elles n'ont toutefois pas l'ampleur que voudrait y voir le recourant, qui justifierait de s'écarter de l'appréciation de l'intimé quant à la mesure de la réduction du salaire statistique. En effet, moyennant la poursuite des exercices physiques décrits et finalement repris par l'assuré dans le cadre de la réhabilitation cardiovasculaire en 2020, l'assuré pouvait très largement contenir l'ampleur de ses limitations, dans le cadre d'une activité adaptée. Quant aux autres critères susceptibles d'être pris en compte dans le cadre de la réduction du salaire statistique, non seulement le recourant ne décrit pas ceux qui, à ses yeux, justifieraient d'être retenus dans son cas, se limitant à cet égard à évoquer son âge. Mais de plus, parmi les autres critères pouvant être pris en compte, on ne voit pas lesquels seraient si pertinents qu'à défaut, l'appréciation de l'intimé apparaîtrait critiquable. Quant aux critères de l'âge, la CJCAS observe qu'à la période concernée, l'assuré était dans sa 60ème année, et non pas dans sa 62ème année. La situation du recourant ne se distingue guère des exemples jurisprudentiels mentionnés ci-dessus, pour lesquels le Tribunal fédéral n'a pas retenu ce facteur. On rappellera pour le surplus que le fait que le recourant soit espagnol, qu'il est arrivé à Genève en mars 1983 et y a séjourné depuis lors sans interruption, et soit à ce titre

titulaire d'un permis C ne sont nullement des circonstances justifiant un abattement supplémentaire sur le salaire statistique. Le taux d'occupation exigible de 50 %, pris en compte dans la détermination du salaire avec invalidité n'est pas non plus un obstacle à la possibilité du recourant de mettre pleinement en valeur sa CT résiduelle dans le cadre des très nombreuses activités, simples et n'exigeant pas de formation particulière, accessibles sur le marché ordinaire du travail, de sorte que la chambre de céans considère que l'abattement de 15 % retenu par l'intimé n'est pas critiquable.

18. Dès lors, pour la période du 1er avril au 31 août 2019, le salaire avec invalidité se détermine comme suit : selon le calcul effectué par le service de réadaptation de l'intimé le 24 septembre 2019, le salaire statistique actualisé à 2019 après indexation selon l'ISS était de CHF 67'430.-; avec invalidité, (CT de 50 %) il est donc de CHF 33'715.-, dont à déduire 15 % (CHF 5'057.-), déterminant ainsi un salaire d'invalide de CHF 28'658.- (CHF 33'715 - CHF 5'057.-) et une perte de gain de CHF 38'772.-, soit un taux d'invalidité de 57.49 %.

    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).

    Ainsi, pour la période concernée, le taux d'invalidité est fixé à 57 %, donnant droit à une demi-rente (art. 28 al. 2 LAI).

19. S'agissant des conclusions subsidiaires que le recourant avait prises initialement, en octroi d'éventuelles mesures d'ordre professionnel, qu'il n'a plus reprises dans ses dernières conclusions, - tendant uniquement à l'octroi d'une rente limitée dans le temps -, la chambre de céans observe que la décision entreprise ayant nié le droit à de telles mesures n'est pas critiquable. Elle est dûment motivée et les motifs retenus sont pertinents (cf. ci-dessus en Fait ad ch. 6 et 7).

20. a. Enfin, l'expertise a montré que, postérieurement à la décision entreprise, le recourant avait subi deux nouvelles atteintes à sa santé, soit un infarctus en date du 10 avril 2020 et, à la même époque, un cancer des ganglions a été diagnostiqué, traité chirurgicalement le 10 juin 2020; les contrôles ultérieurs ont montré que le recourant était en rémission. À toutes fins utiles, dans la mesure où cet aspect dépassait le cadre de son expertise et de sa spécialité, l'expert a demandé au médecin traitant de préciser la période d'incapacité de travail pour ces deux nouvelles affections. Le Dr E_____ a relevé que les incapacités de travail en rapport avec ces pathologies avaient été établies par les médecins qui avaient pris ces affections en charge; lui-même n'avait pas les compétences pour examiner leur validité sur le plan médico-assécurologique; il pouvait cependant constater que ces problèmes très graves étaient tout à fait objectivés; il n'avait aucun motif pour remettre en question les avis des médecins traitants considérant que la CT de leur patient était nulle dans toute activité depuis le jour de l'infarctus et jusqu'à deux

mois après la dernière opération ORL, soit du 10 avril au 10 août 2020 inclus. À cet égard, la CJCAS observe ce qui suit.

b. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1).

La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

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

Au vu de ce qui précède, l'instruction du présent recours a montré que l'état de santé du recourant s'était, à tout le moins, momentanément aggravé dans le courant de l'année 2020. Cette nouvelle aggravation ne fait pas partie du litige, puisque postérieure à la décision entreprise. Certes, le SMR dans son dernier avis (16 septembre 2021), prenant position par rapport au rapport d'expertise du Dr E_____, a observé que ses précédentes conclusions demeuraient valables et que les nouvelles atteintes, cardiologique et oncologique, entraînaient une incapacité de travail limitée dans le temps, et qu'en ce qui concerne l'atteinte cardiaque, de nouvelles LF pouvaient être déterminées : travailler avec des horaires

réguliers sans travail de nuit, pas d'exposition à des températures extrêmes (chaud et froid), pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de stress. Mais l'OAI n'a pas instruit cette aggravation de l'état de santé du recourant.

Ainsi, cette aggravation, au sujet de laquelle la chambre de céans ne peut se prononcer, sera transmise à l'OAI, pour instruction, et décision portant sur ce nouvel aspect, comme le recourant y a d'ailleurs conclu.

21. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision entreprise étant annulée et la cause retournée à l'OAI pour nouvelle décision après détermination du montant de la demi-rente pour la période d'avril à août 2019 inclusivement, la rente étant supprimée dès le 1er septembre 2019, ainsi que pour instruction et décision au sujet de l'aggravation de l'état de santé du recourant en 2020.

22. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 6 novembre 2019 et retourne la cause à l'intimé dans le sens des considérants.
4. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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