



POUVOIR JUDICIAIRE

A/624/2020

ATAS/1012/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 octobre 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1963, de nationalité péruvienne, exerçait une activité comme indépendant de déménageur et peintre, a déposé le 6 février 2012 une demande de prestations d'invalidité.
2. A la demande de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), le docteur B_____, FMH rhumatologie, a rendu le 18 janvier 2013 un rapport d'expertise. Il a posé le diagnostic incapacitant de lombalgies chroniques et sans effet sur la capacité de travail de diabète type II et retenu une capacité de travail de 75 % dès le jour de l'expertise dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée (pas de travaux lourds, port de charges supérieures à 15 kg et mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux).
3. Le 16 septembre 2014, il a rendu un complément d'expertise et ajouté les diagnostics incapacitants de canal lombaire étroit et troubles disco-dégénératifs lombaires et, sans effet sur la capacité de travail, de cervicalgies chroniques et douleurs mal systématisées de la musculature et du squelette. Il a confirmé la capacité de travail établie précédemment.
4. Par décision du 10 octobre 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations en constatant que le degré d'invalidité était nul (revenu sans invalidité de CHF 53'180.- fondé sur l'ESS 2010 dans le domaine du nettoyage et revenu d'invalidité de CHF 55'560.- fondé sur l'ESS 2010, tableau TA1, homme, niveau 4, durée hebdomadaire de travail de 41,6 heures avec une déduction de 10 %).
5. Le 13 février 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en raison de douleurs au cou, haut et bas du dos.
6. Le 3 mars 2018, la doctoresse C_____, FMH médecine générale, a écrit à l'OAI que l'assuré présentait depuis 2009 des douleurs lombaires avec irradiation aux membres inférieurs et sur hernie discale (L4-L5 en conflit avec la racine L5 gauche), aggravées en 2011, des gonalgies bilatérales depuis 2011 ; ces dernières années les douleurs chroniques s'étaient péjorées et s'associaient à des douleurs dorsales et cervicales persistantes. Il avait de la peine à poursuivre son activité (peintre, pose de parquet, nettoyage). Sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de station debout longtemps, de longs trajets à la marche, de port de charges, de fléchissement du tronc et d'accroupissement).
7. Le 24 mai 2018, la Dresse C_____ a précisé qu'une IRM du 22 février 2018 mettait en évidence une sténose du canal lombaire importante à hauteur de L3-L4, L4-L5, ainsi qu'une discopathie dégénérative modérée au niveau L3-L4, L4-L5. La sténose engendrait une douleur chronique ; des RX des genoux du 11 mai 2018 montraient une arthrose qui péjorait la gonalgie bilatérale. La capacité de travail dans l'activité habituelle était fortement réduite mais elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

8. Le 19 juin 2018, la doctoresse D_____ du Service médical régional AI (SMR) a estimé qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré était rendue plausible. L'assuré présentait des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et sténosant du rachis lombaire principalement en L3-L4 et L4-L5, atteinte qui semblait inchangée par rapport à la dernière expertise de 2014, du moins radiologiquement. Un nouvel avis neurochirurgical était en attente. Au niveau des genoux, l'assuré présentait manifestement une gonarthrose débutante, alors qu'il n'y avait pas encore de troubles radiologiques ni cliniques dégénératifs en 2014. Ainsi, cette atteinte pouvait entraîner des nouvelles limitations fonctionnelles dans son activité habituelle. De plus, le diabète était annoncé comme insulino-dépendant alors qu'il ne l'était pas en 2014, et là aussi, les limitations fonctionnelles devraient être revues (notamment risques d'hypoglycémies et travail en hauteur, conduite automobile professionnelle).
9. Par communication du 13 juillet 2018, l'OAI a constaté qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement.
10. Le 13 juillet 2018, la Dresse C_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et totale dans l'activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : Il ne pouvait pas stationner longtemps debout, marcher pour des longs trajets, monter et descendre les escaliers, soulever et porter des charges, s'accroupir, fléchir le tronc, ni travailler avec bras et tête en élévation.
11. Le 6 novembre 2018, le docteur E_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué à l'OAI que l'assuré se plaignait de douleurs articulaires de la colonne et des deux genoux. Les RX et IRM confirmaient des discopathies lombaires avec sténose canalaire et irradiation sur le territoire L5. Il n'y avait pas de hernie discale.

Il présentait les limitations d'efforts prolongés, port de charges, montée et descente d'escaliers.
12. A la demande de l'OAI, le docteur F_____, FMH médecine physique et rééducation, a rendu une expertise le 3 juillet 2019 (examen du 17 juin 2019). L'assuré se plaignait de douleurs lombaires basses dans la région interscapulaire, de crampes dans les membres inférieurs, de brûlure aux pieds, de blocages des doigts (orteils), de douleurs aux genoux. Il a posé les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de canal lombaire étroit, multi-étagé, avec troubles dégénératifs articulaires postérieurs de modérés à importants selon les étages. Gonarthrose débutante des compartiments internes et fémoro-patellaires.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : Rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répétés au-delà de 10kg (charges légères) ; pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes ; pas de position

debout statique au-delà de 20 minutes. Genoux : pas de travail accroupi ou assis prolongé, pas de montées/descentes d'escaliers répétées.

L'assuré présentait une incapacité de travail durable, dans l'activité habituelle d'indépendant (activité de nettoyage) depuis le 3 mars 2018, date de la lettre de la Dresse C_____ à l'OAI. Cette dernière décrivait que la capacité de travail était fortement réduite dans l'activité habituelle, sans plus de précision quant au taux. Le descriptif des contraintes mécaniques au poste de travail, le descriptif des plaintes de l'assuré, le déroulement de la vie de tous les jours, les constatations cliniques et radiologiques objectivables faisaient retenir une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle d'indépendant dans une entreprise de nettoyage (Clean Net). L'assuré avait des troubles dégénératifs qui étaient de modérés à sévères selon les niveaux. Il présente une fragilité rachidienne manifeste ; les troubles dégénératifs étaient en péjoration entre 2012 et février 2018 ; l'examen clinique montrait un syndrome rachidien lombaire léger. L'incapacité de travail était retenue comme totale dans l'activité de livreur d'articles ménagers lourds (machines à laver, frigos) et dans l'activité de déménagement, ces activités étant considérées comme très contraignantes physiquement et fort à risque de décompenser la situation au niveau lombaire.

L'exigibilité était complète dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire et des genoux depuis le 3 mars 2018. Il était important que l'assuré puisse bénéficier d'une aide de l'assurance invalidité, afin qu'il puisse aménager son poste de travail, en développant par exemple davantage la partie administrative, s'il avait la possibilité de recruter d'autres employés ou en s'orientant vers une activité professionnelle physiquement plus légère. L'assuré était une personne qui s'investissait beaucoup dans son travail. Il était proposé qu'une enquête d'indépendant soit réalisée et qu'un spécialiste en réadaptation puisse rendre visite à l'assuré sur son poste de travail afin de préciser les contraintes physiques et développer une stratégie de prise en charge. En cas de poursuite des activités actuelles réalisées par l'assuré, la situation était fort à risque de se décompenser à moyen terme, voire court terme au niveau lombaire.

13. Le 21 octobre 2019, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 0 %. Le revenu sans invalidité était de CHF 55'300.- (selon l'ESS 2010, actualisé à 2018) et le revenu d'invalidité de CHF 60'687.- (selon l'ESS 2016, tableau TA1, homme, total, pour 41,7heures de travail par semaine, avec une déduction de 10 %, actualisé à 2018).
14. Par projet de décision du 30 octobre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité était nul.
15. Le 26 novembre 2019, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il s'opposait à la décision du 30 octobre 2019 car il continuait d'avoir d'importantes douleurs au dos et aux genoux. Il a communiqué :

- Un rapport d'IRM lombaire et sacro-iliaques du 26 novembre 2019 concluant à l'absence d'évidence de lésion post-traumatique. Rétrécissement canalaire lombaire multi-étagée marquée en L3-L4 et L4-L5 d'origine mixte, multifactoriel associant une arthropathie zygapophysaire, bombement discal hémicirconférentiel postérieur et étroitesse congénitale (de grade B selon la classification de Schizas).
 - Un rapport de radiographies de la colonne dorsale et lombaire et des genoux du 26 novembre 2019 concluant à l'absence d'anomalie morphologique ou de la segmentation vertébrale. Discrète attitude scoliotique de type sinistro-convexe à la jonction dorso-lombaire. Perte de la lordose lombaire. Pas de fracture ni de tassement. Pas de lésion osseuse suspecte. Remaniements dégénératifs zygapophysaires postérieurs lombaires multi-étagés. Parties molles sans anomalie visible.
 - Un rapport d'IRM du genou droit du 27 novembre 2019 concluant à une méniscope dégénérative de grade II intéressant la corne postérieure du ménisque médial. Chondropathie fémorale médiale de grade III, sans atteinte de l'os sous-chondral ni d'œdème osseux.
 - Un rapport de radiographie des genoux du 27 novembre 2019 concluant à un pincement modéré de l'espace articulaire tibio-fémoral médial, avec discrète ostéocondensation sous-chondrale des plateaux tibiaux, sans ostéophytose, ni géode sous-chondrale, suggérant une gonarthrose fémoro-tibiale médiale débutante des deux côtés. Pas de fracture. La minéralisation osseuse était conservée. Pas de lésion osseuse suspecte. Les axes et les interlignes articulaires étaient physiologiques. Absence d'épanchement intra-articulaire. Parties molles sans anomalie visible.
16. Le 28 novembre 2019, les Drs C_____ et E_____ ont écrit à l'OAI qu'ils confirmaient l'opposition de l'assuré, lequel était véritablement handicapé par une sténose lombaire douloureuse et des douleurs mécaniques des deux genoux. Le bilan radiologique de 2019 confirmait l'importance des lésions et leur progression.
17. Le 7 janvier 2020, le Dr G_____, du SMR, a estimé que les nouvelles pièces médicales fournies ne modifiaient pas les conclusions de l'examen rhumatologique du 17 juin 2019.
18. Par décision du 14 janvier 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité était nul. Par ailleurs, des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services et qu'il s'avérait qu'un nombre significatif de ces activités étaient adaptées aux limitations fonctionnelles liées à l'état de santé de l'assuré, ne nécessitant dès lors pas d'intervention de l'OAI.
19. Le 6 février 2020, les Drs C_____ et E_____ ainsi que l'assuré ont contesté par courrier la décision précitée auprès de l'OAI, lequel l'a transmis à la chambre des

assurances sociales de la Cour de justice qui a enregistré un recours. Ils ont indiqué que l'assuré n'était plus en situation de continuer à exercer le métier de parquetier, peintre et nettoyeur pour des raisons physiques. Il souffrait de lombo-sciatalgies L5-S1 droites depuis environ 10 ans. Il souffrait également de gonalgies bilatérales depuis 13 ans. Les gonalgies étaient plutôt antérieures, avec des épanchements et des lâchages des deux côtés. On notait aussi un syndrome fémoro-patellaire bilatéral évident. Les radiographies jointes montraient une hernie discale L5-S1, une déchirure méniscale interne de grade III et une chondropathie patellaire médiale de grade II du genou gauche, une chondropathie patellaire médiale de grade III au genou droit. Ces lésions rendaient impossible le travail de parquetier, peintre et nettoyeur.

20. Le 27 avril 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. Etant donné que l'activité indépendante de l'assuré n'était pas rentable financièrement, qu'elle ne mettait pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré et qu'il n'existait pas de possibilités d'auto-réadaptation au sein de l'entreprise comme, par exemple, une augmentation de la part administrative (rôle secondaire), il convenait d'évaluer le revenu d'invalidé dans une activité adaptée qui permettrait à l'assuré de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail et de gain. Dans le cas particulier, il était exigible que l'assuré mette fin à son activité d'indépendant au profit d'une activité salariée plus lucrative au vu des éléments mentionnées ci-dessus. Or, la comparaison de revenus effectuée le 30 octobre 2019 ne laissait apparaître aucune perte de revenus. Il a joint une note de travail de l'OAI du 24 avril 2020 qui analyse le parcours professionnel de l'assuré comme indépendant.
21. Le recourant n'a pas répliqué dans le délai imparti.
22. Convoqué à une audience de comparution personnelle le 5 octobre 2020, le recourant ne s'est pas présenté, sans excuse.
23. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

5. 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).

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

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).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
8. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
9. 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 LPG).

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).

10. En l'occurrence, l'intimé a considéré que le recourant présentait une capacité de travail totale depuis le 3 mars 2018 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles que fixées par l'expert F_____ (pas de mouvement répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répétés au-delà de 10kg - charges légères - pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes ; pas de position debout statique au-delà de 20 minutes. Genoux : pas de travail accroupi ou assis prolongé, pas de montées/descentes d'escaliers répétées), de sorte que son degré d'invalidité était nul.

Le recourant conteste la décision de l'intimé du 14 janvier 2020, au motif que ses médecins traitants, les Drs C_____ et E_____ attestaient de son incapacité à exercer son activité habituelle de parqueteur, peintre, nettoyeur (avis du 6 février 2020). Or, l'intimé a retenu un revenu d'invalidé fondé sur une activité exigible adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, et celui-ci n'a fourni aucun document médical remettant en cause une telle exigibilité.

En effet, la Dresse C_____ a même précisé les 3 mars 2018 et 13 juillet 2018 que la capacité de travail du recourant était totale dans toute activité adaptée (pas de station debout longtemps, de longs trajets à la marche, de port de charges, de fléchissement du tronc et d'accroupissement, ainsi que de travail avec bras et tête en élévation), soit en respectant des limitations fonctionnelles qui rejoignent celles établies par l'expert F_____. Quant au Dr E_____, il a mentionné des limitations fonctionnelles d'effort prolongés, de port de charges et de montées et descente d'escaliers, lesquels ont été également été reprises par le Dr F_____.

Au vu de ce qui précède, aucun élément médical ne permet de mettre en doute la conclusion du Dr F_____ quant à la présence d'une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par ailleurs, le calcul du degré d'invalidité, fondé sur un revenu avec et sans invalidité évalué selon l'ESS, n'est pas contesté par le recourant, tout comme le refus de mesure professionnelle.

11. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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