RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/68/2019 **ATAS/973/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 novembre 2022

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié rue _____, GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Butrint AJREDINI — recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, a travaillé en tant que maçon dès le 2 mai 2005 auprès de B_____. À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

b. Selon la déclaration de sinistre remplie par son employeur le 2 août 2007, l'assuré s'était blessé en glissant sur la neige, le 15 février 2007. En voulant amortir sa chute avec le bras droit, il s'était fait mal à l'épaule. Il était en incapacité de travail depuis le 16 juillet 2007. Son salaire mensuel était de CHF 4'980.-.

c. Dans un rapport du 28 août 2007, un médecin du Département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a diagnostiqué une tendinite de l'épaule droite, en indiquant que l'assuré avait fait une chute, cinq mois auparavant, suivie de douleurs à l'épaule droite. Le traitement était terminé depuis le 23 juillet 2007.

d. Par décision du 12 septembre 2007, la SUVA a nié le droit aux prestations de l'assuré en contestant l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 15 février 2007 et l'incapacité débutant le 16 juillet 2007.

e. Dans un rapport du 12 septembre 2007, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué qu'il y avait peu de limitations fonctionnelles et que l'examen clinique était peu contributif. Une IRM avait révélé une lésion du labrum antérieur-inférieur qui était due à l'accident, et ce médecin a posé le diagnostic de dérangement interne (labrum) de l'épaule droite. Une reprise du travail devait être tentée le jour même.

f. L'assuré s'est opposé à la décision de la SUVA par courrier du 16 septembre 2007.

g. Le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, a examiné l'assuré le 15 juin 2010. Il a recommandé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) en vue d'évaluer les capacités fonctionnelles chez l'assuré, dont la capacité de travail restait nulle jusqu'à l'entrée à la CRR. Après avoir revu l'assuré, en date du 1er décembre 2010, le Dr D_____ a résumé son dossier ; il a relaté les déclarations de l'assuré, qui allait un peu mieux depuis le dernier examen. Les fourmillements sur les trois derniers doigts avaient diminué, mais il les ressentait encore en cas d'efforts. Il restait dérangé par le manque de force et par quelques douleurs au pourtour de l'épaule, avec irradiation sur tout le bras et l'avant-bras jusqu'au bout des doigts. Après son examen, le Dr D_____ a noté que le tableau clinique était marqué par quelques autolimitations ne permettant pas une évaluation tout à fait fiable de la fonction articulaire effective. Un bilan radiologique postopératoire avait démontré un status après acromioplastie, sans ascension de la tête humérale ni sclérose du trochiter. Seule une petite ossification se projetant en sous-acromiale de face avait été constatée. Le médecin d'arrondissement a conclu que l'assuré devrait être reclassé

dans une profession ne sollicitant pas l'épaule au-dessus de l'horizontale, ni mouvements répétés des bras ou port de charges supérieures à 10 kg. Il n'était pas tenu compte de facteurs non organiques susceptibles de compromettre un processus de reclassement chez l'assuré, qui semblait quelque peu fixé sur son invalidité. Le Dr D_____ a également évalué l'atteinte à l'intégrité à 17.5%, en se référant au taux attribué par la table I à une périarthrite scapulo-humérale de degré moyen à grave.

h. Par téléphone du 3 décembre 2010, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a informé la SUVA que l'assuré avait eu droit à des mesures d'intervention précoce, mais qu'aucune autre prestation ne lui serait accordée.

i. Par décision du 24 février 2011, la SUVA a accordé à l'assuré une rente de 20%, dès le 1er février 2011, d'un montant de CHF 929.80 auquel s'ajoutait l'allocation de renchérissement de CHF 26.95, fondée sur le revenu perçu par l'assuré l'année précédant l'accident. Le degré d'invalidité résultait de la comparaison du revenu sans invalidité de CHF 69'862.- avec le revenu dans une activité exigible à 100% de CHF 56'167.-. Le revenu d'invalide se fondait sur la moyenne des salaires obtenus dans cinq emplois décrits dans les descriptifs de postes de travail (DPT) et adaptés aux limitations fonctionnelles de l'assuré, en tant que collaborateur de production, ouvrier de brasserie et caissier, choisis parmi 72 postes. Les revenus minimaux dans ces emplois étaient de CHF 53'320.-, tandis que les revenus maximaux s'élevaient à CHF 59'014.-. Selon les DPT joints à la décision, aucun de ces emplois n'impliquait de travailler les bras au-dessus de la tête et seul un des postes exigeait le port de charges entre 5 et 10 kg, ce rarement. L'indemnité de CHF 18'690.-, correspondant à une atteinte à l'intégrité de 17.50%, était pour le surplus confirmée.

j. L'assuré s'est opposé à cette décision par courrier du 17 mars 2011. Il a contesté le revenu sans invalidité, lequel ne tenait pas compte du gain accessoire réalisé chez E_____ Il a également contesté le degré d'invalidité et l'exigibilité d'une autre activité au plan médical, ainsi que le revenu d'invalide. Il considérait de plus que son atteinte à l'intégrité devait être de 30%.

k. Par décision sur opposition du 7 juin 2011, la SUVA a partiellement admis l'opposition en ce sens que le gain annuel assuré sur lequel était calculé la rente a été fixé à CHF 72'234.-, et confirmé sa décision pour le surplus. Quant à l'absence de mobilité de l'épaule alléguée par l'assuré, elle avait certes été constatée par les médecins de la CRR, mais leur examen n'était pas interprétable compte tenu de la défense active manifestée par l'assuré. Les rapports des médecins de la CRR et du Dr D_____ ne contenaient pas de contradictions intrinsèques et leurs conclusions étaient motivées, de sorte qu'ils devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'assuré n'amenait du reste pas d'autre élément permettant de mettre en doute leurs avis. Quant au taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la SUVA a souligné qu'il était déterminé par les médecins et fixé par des barèmes de référence.

L'assuré n'amenait aucun élément susceptible de remettre en cause l'appréciation du Dr D_____, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter.

B. **a.** L'assuré a interjeté un recours, ouvert auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) sous n° de procédure A/2146/2011, contre la décision de la SUVA par acte du 8 juillet 2011 et a conclu sous suite de dépens, préalablement à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit diligentée, et au fond à l'annulation de la décision du 7 juin 2011 et à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 50% dès le 1er février 2011. Il a relevé que l'appréciation des limitations fonctionnelles par la SUVA ne reposait que sur les rapports des docteurs F_____ et D_____, alors que tant les médecins de la CRR que le professeur G_____ avaient fait état d'importantes douleurs. Il alléguait souffrir encore de ces douleurs, qui se manifestaient dans n'importe quelle activité impliquant son bras droit. Il offrait de prouver qu'il lui était impossible de solliciter son bras droit plus de quelques heures sans interruption, et ce dans n'importe quelle activité adaptée. Il joignait, notamment, à son recours un certificat établi le 17 janvier 2011 par le Prof. G_____, indiquant qu'il se plaignait de paresthésies et de douleurs au niveau de son index, qui pourraient être en relation avec un syndrome du tunnel carpien actuellement sous investigation, et que son épaule était douloureuse, avec une élévation maximale à 120°, une rotation externe à 40°, une rotation interne au sacrum et concluant qu'il n'était pas apte à travailler, notamment sur un chantier, cette situation étant due à son épaule droite.

b. Par arrêt du 25 octobre 2011 (ATAS/1000/2011), la chambre de céans a rejeté le recours, dans la procédure A/2146/2011 opposant l'assuré à la SUVA, en considérant que les conclusions du Dr D_____ devaient être suivies et que la mise en œuvre d'une expertise sur ce point s'avérait superflue, par appréciation anticipée des preuves. Sur recours, le Tribunal fédéral a confirmé l'arrêt du 25 octobre 2011 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2011).

C. **a.** Suite à la fin de la procédure opposant l'assuré à la SUVA, l'OAI a repris l'instruction de la demande de prestations invalidités, qui avait été déposée par l'assuré le 30 janvier 2009.

b. En date du 8 février 2012, le docteur H_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie FMH et expert médical SIM, médecin-conseil du service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a rendu un rapport suite à l'examen clinique rhumatologique du 30 novembre 2011 pratiqué sur l'assuré. Le rapport faisait état de l'anamnèse de l'assuré, son status général, son status ostéoarticulaire et neurologique, ainsi que le dossier radiologique qui était résumé. Le médecin a retenu les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de : douleurs et limitations de l'épaule droite dans le cadre d'une rupture partielle du sus-épineux avec status après deux opérations de l'épaule droite M.75 et de status après pose de trois stents pour maladie coronarienne bi-tronculaire. Pour les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le médecin a retenu : des cervicalgies dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis M 54.2, un trouble

somatoforme douloureux chronique possible, une obésité, une hypertension artérielle traitée ainsi qu'une hyperlipidémie anamnestique. À l'issue de l'appréciation du cas, le Dr H_____ a fixé des limites fonctionnelles concernant l'épaule droite, soit pas d'élévation d'abduction de l'épaule droite à plus de 60°, pas de levée de charges de plus de 5 kg avec le MSD, pas de mouvements répétitifs avec le bras droit ; concernant la maladie bi tronculaire coronarienne, la limitation fonctionnelle était d'éviter le travail nécessitant des efforts. Il a considéré qu'une incapacité de travail de 20% au moins était présente depuis le 15 juillet 2007 et s'agissant du degré d'incapacité de travail, le médecin a considéré qu'elle était complète dans l'activité de maçon du 15 juillet 2007 au 3 mai 2008, puis avait passé à 50% du 5 mai 2008 au 17 juin 2008, puis était redevenue complète depuis le 18 juin 2008. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était complète dès le 5 mai 2008. Dès le 18 juin 2008, la capacité de travail dans une activité adaptée était nulle puis, dès le 28 octobre 2008, elle était à nouveau complète jusqu'au 4 novembre 2009. Dès le 4 novembre 2009 jusqu'au 1er décembre 2010, la capacité de travail était nulle dans une activité adaptée, mais dès le 2 décembre 2010, elle était à nouveau complète dans une activité adaptée. En conclusion, sa capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était nulle comme maçon et dans une activité adaptée de 100% depuis le 2 décembre 2010.

c. Par courrier du 5 juin 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'une évaluation médicale était nécessaire et lui a fixé un rendez-vous chez le docteur I_____, psychiatre et psychothérapeute.

d. Le Dr I_____ a rendu un rapport d'expertise, en date du 13 septembre 2012, se fondant sur l'entretien qu'il avait eu avec l'assuré le 30 juillet 2012, les tests psychométriques qu'il avait fait passer le même jour et les documents que l'OAI lui avait transmis. Il a fait l'anamnèse du patient et a résumé la situation assécurologique, notamment la procédure précédente devant la SUVA. Il a résumé les problèmes somatiques et rhumatologiques du patient ainsi que le traitement médicamenteux de ce dernier, composé d'antidouleurs, de somnifères, et d'aspirine cardio.

Issue des tests psychométriques, l'échelle d'Hamilton 17 sur la dépression a donné un score de 9-10 se situant dans la fourchette de la dépression légère et l'échelle d'Hamilton sur l'anxiété a donné un score de 8-9, le fixant dans l'échelle de l'anxiété mineure. Selon l'expert, l'assuré était attentif, répondait de manière claire et précise et sa mimique était congruente au contenu du discours. Il ne présentait pas de dépressivité marquée mais plutôt une émotivité ; il n'y avait pas d'anhédonie, d'aboulie, ou d'apragmatisme. Sur le plan de la personnalité, l'expert a conclu qu'il n'y avait pas d'indice en faveur d'un trouble majeur de la personnalité. Sur le plan de l'amplification des symptômes, l'expert a considéré que l'assuré faisait preuve de peu d'initiatives individuelles et paraissait déjà préfixé dans sa situation de futur invalide. Il s'exprimait sur un ton souvent dramatique et démonstratif et émettait des plaintes permanentes, notamment à l'égard du médecin

qui ne le guérissait pas. Le niveau de participation a été considéré comme insuffisant en général, avec des incohérences assez frappantes, une attitude revendicatrice, pas d'initiative individuelle, pas de volonté de coopération individuelle et un but recherché assez discernable (attitude plus ou moins consciente) de tirer du profit de la maladie, le statut d'invalide lui offrant apparemment des solutions pratiques à des problèmes de réalité. En conclusion du rapport, l'expert a considéré qu'au plan physique, il y avait des plaintes somatiques diverses au niveau de l'épaule droite, des céphalées, des douleurs à l'hémi-crâne droit, avec une tendance à l'amplification des symptômes, mais sur le plan psychique et mental, il n'y avait pas de symptômes en faveur d'un état anxio-dépressif cliniquement significatif, en dépit de plaintes sur des troubles subjectifs de l'attention et de la concentration. Au plan social, le sujet était plutôt passif/agressif, montrant peu de motivation ; s'agissant de la capacité résiduelle de travail, l'expert l'a estimée à 100%, d'un point de vue psychiatrique, dans l'activité exercée jusqu'alors. Il a considéré qu'un traitement psychiatrique n'était pas indiqué, en l'absence de demande en ce sens.

e. Le SMR de l'OAI a rendu un rapport en date du 8 octobre 2012, suite à l'expertise psychiatrique et l'examen médical sur le plan rhumatologique. Reprenant le contenu des rapports, le docteur J_____ a conclu à une capacité de travail exigible de 0% comme maçon, mais de 100% dans une activité adaptée, depuis le 2 décembre 2010.

f. En date du 20 juin 2016, le Prof. G_____, exerçant à la clinique des Grangettes, a émis un certificat rappelant les causes des troubles de la santé, signalant des douleurs dans les tendons de la coiffe des rotateurs, mentionnant que le patient travaillait à 50%, dès le 28 janvier 2014 avec un travail temporaire à l'aéroport, puis depuis avril 2014, en tant que chauffeur-livreur à 50%, mais que vu son état douloureux chronique et le handicap entraînant une diminution de mobilité et de force au niveau de son épaule droite, il contestait les évaluations de la SUVA qui jugeait qu'il était 100% apte à travailler dans une activité adaptée.

g. Par certificat du 4 juillet 2016, le docteur K_____, psychiatre et psychothérapeute, a mentionné que l'assuré avait été suivi sur le plan psychothérapeutique par une psychologue, sous sa délégation, du 21 juin 2013 au 3 mars 2014, parallèlement à des consultations psychiatriques par ses soins et ajoutait que l'assuré avait fait l'objet d'une prescription psychotrope de Escitaloprame, 10 mg par jour.

h. Par rapport final du 2 mars 2018, la gestionnaire de la division réadaptation professionnelle de l'OAI a noté que la pleine exigibilité retenue avait été confirmée par le stage COPAI suivi par l'assuré du 6 juin au 3 juillet 2011 - en dépit des contestations de l'assuré - mais que les mesures suivies pour favoriser une activité en qualité de métreur n'avaient pas pu être prorogées, car elles n'auraient pas été de nature à diminuer le dommage, ni à favoriser la reprise d'une activité adaptée. Le degré d'invalidité retenu était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

D. **a.** Un projet d'acceptation de rente et de refus de mesures professionnelles et d'octroi d'une rente d'invalidité limitée a été communiqué à l'assuré en date du 3 avril 2018. Le droit à d'autres mesures d'ordre professionnel était nié et une rente entière basée sur un taux d'invalidité de 100% était octroyée, pour la période allant du 1er août 2009 au 31 mars 2010 uniquement. Le statut de l'assuré était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle, et selon les constatations du SMR, une incapacité de travail totale dans toute activité était reconnue depuis le 15 juillet 2007 (début du délai d'attente d'un an). Dans une activité adaptée, le SMR était d'avis que la capacité de travail de l'assuré était de 100% depuis le 2 décembre 2010. Après comparaison du revenu sans invalidité et du revenu avec invalidité, la perte de gain correspondait à un taux de 20%, ce qui n'ouvrait pas de droit à la rente d'invalidité. Par courrier du 19 mai 2018, l'assuré s'est opposé au projet de décision.

b. En date du 21 novembre 2018, l'OAI a rendu une décision fondée sur le précédent projet de décision, notamment quant à la période limitée pendant laquelle une rente était servie et au rejet de toute autre prestation d'invalidité, l'assuré étant considéré comme apte au travail à 100% depuis le 2 décembre 2010.

E. **a.** Par courrier du 7 janvier 2019, posté le même jour, l'assuré a recouru contre la décision du 21 novembre 2018. Il indiquait être suivi par le docteur S_____ en raison d'une dépression et remettait en copie les constats et éléments médicaux de ces deux derniers accidents. Il faisait valoir que sa situation de santé physique s'était péjorée, ainsi que son état psychique et considérait qu'une nouvelle expertise médicale était nécessaire. En annexe à son recours, il joignait plusieurs pièces médicales, soit :

- un courrier du 13 décembre 2018 du docteur L_____, cardiologue, concernant le contrôle cardiologique annuel et concluant que la situation cardiologique de l'assuré était stable et qu'il devait poursuivre son traitement habituel, avec, en annexe, le rapport de coronarographie et angioplastie de l'artère circonflexe proximale et de l'artère coronaire droite distale du 14 décembre 2017 ;
- une déclaration de sinistre adressée à la SUVA, pour un accident du 15 novembre 2013, montrant plusieurs consultations de décembre 2013 à septembre 2015 chez un médecin qui n'était pas mentionné ;
- un résumé de séjour du 18 novembre 2013, concernant la consultation du même jour pour un examen clinique de l'épaule gauche et de la cheville gauche avec comme proposition de suivi que l'assuré devait prendre contact avec son orthopédiste ;
- un bilan de radiographie du 4 décembre 2013 fait par le docteur M_____, concernant le bilan de la coiffe des rotateurs et de l'articulation acromion claviculaire suite à un traumatisme faisant état, en conclusion, d'une petite rupture de 7 mm de la face articulaire du supra épineux associée à une bursite ;

- une déclaration de sinistre adressée à la SUVA pour un accident du 10 avril 2018, montrant plusieurs consultations d'avril à novembre 2018, chez le docteur W_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation.

b. Par réponse du 5 février 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant Hdu cas.

c. Par courrier du 19 décembre 2019, la chambre de céans a demandé à l'assuré de se déterminer sur les raisons pour lesquelles il demandait une expertise médicale et sur quels points cette dernière devait porter. Par courrier du 7 janvier 2020, l'assuré a fait état de troubles psychiques, de troubles à l'épaule, de problèmes à la hanche, et de problèmes cardiaques.

d. Par courrier du 29 juin 2020, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise psychiatrique, rhumatologique et orthopédique au Docteurs N_____, spécialiste en psychiatrie, O_____, spécialiste en rhumatologie, et P_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Les parties n'ont pas fait valoir de motifs de récusation.

e. Par courrier du 22 décembre 2020, la chambre de céans a communiqué aux parties un projet de mission d'expertise et de libellé des questions. L'OAI a proposé quelques modifications qui ont été intégrées dans la mission d'expertise.

f. Début mai 2021, le Dr O_____ a informé la chambre de céans qu'il ne pourrait finalement pas mener à bien cette expertise et qu'il y renonçait par conséquent.

g. La chambre de céans a ainsi mandaté en lieu et place le docteur Q_____. Les parties ont indiqué les 2 et 3 juin 2021 ne pas avoir de motif de récusation à faire valoir à l'encontre du Dr Q_____.

h. Par ordonnance d'expertise du 23 juin 2021, la chambre de céans a mandaté les Drs Q_____ (rhumatologie), P_____ (chirurgie orthopédique) et la Dresse N_____ (psychiatrie) pour effectuer une expertise multidisciplinaire, en les invitant à compléter leurs expertises respectives par une appréciation consensuelle du cas.

i. Le Dr Q_____ a rendu son rapport d'expertise rhumatologique et de médecine interne en date du 24 mai 2022. Après avoir résumé les pièces du dossier concernant les différents rapports médicaux depuis août 2008, le Dr Q_____ a effectué une anamnèse et a exposé ses constatations cliniques, notamment après avoir examiné l'assuré en date du 2 décembre et du 21 décembre 2021. Il a retenu deux problèmes médicaux qui, selon lui, empêche l'assuré de travailler ; en premier lieu, une maladie coronarienne chronique qui a déjà nécessité la pose de six stents et des douleurs chroniques au niveau de l'épaule droite, suite à un accident de 2007 ; ledit problème cardiaque semblait très bien pris en charge et pas remis en cause dans l'ensemble des documents consultés. En second lieu, un problème orthopédique beaucoup plus discuté, l'assuré ayant bénéficié de deux interventions

chirurgicales avec une bonne évolution pour certains orthopédistes et une mauvaise pour d'autres. Après avoir effectué une arthro IRM de l'épaule gauche et de l'épaule droite, l'expert a retenu une péjoration des lésions au niveau des deux épaules, principalement au niveau de l'épaule droite, les lésions correspondant aux douleurs décrites par l'assuré, sous réserve d'une façon histrionique de mettre en évidence l'atteinte chronique des épaules. En résumé, l'assuré présentait une atteinte chronique des coiffes des rotateurs, plus importante à droite, une tendinite chronique du moyen fessier gauche, une maladie coronarienne chronique, raison pour laquelle sa capacité de travail était nulle définitivement dans son activité de maçon depuis juillet 2007. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes :

- pas de port de charges de plus de 5 kg ;
- ne pas devoir soulever des charges de plus de 5 kg ;
- ne pas devoir faire des mouvements répétés avec les épaules ;
- ne pas devoir se déplacer sur des échafaudages et monter sur des échelles ;
- ne pas devoir se déplacer sur un terrain non plat ;
- ne pas devoir se déplacer sur plus de 500 mètres ;
- ne pas devoir faire un travail qui comporte un stress psychologique ou physique ;
- pouvoir travailler en position assise avec la possibilité de changer de position toutes les heures.

Moyennant le respect des limitations fonctionnelles supra, l'expert a estimé la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à 50%, en tenant compte de la fatigabilité liée à son problème cardiaque. Il estimait que la capacité de 50% dans une activité adaptée était présente depuis juillet 2010, soit six mois après sa deuxième intervention chirurgicale.

j. Le Dr P_____ a rendu son rapport d'expertise orthopédique en date du 31 mai 2022. Après avoir résumé les pièces du dossier concernant les différents rapports médicaux depuis août 2007, le Dr P_____ a effectué une anamnèse et a exposé ses constatations cliniques, notamment après avoir examiné l'assuré en date du 18 octobre 2021. À cette occasion, l'assuré a été invité à décrire une journée-type ; il a exposé se lever entre 9h30 et 10 heures, parfois à midi, prendre le petit-déjeuner préparé par sa fille, puis regarder la télévision avec parfois une sortie de 15 minutes pour marcher et s'asseoir sur un banc. Une à deux fois par semaine, il a dit se rendre à un petit jardin qu'il entretient avec sa fille, à pied, pour s'occuper de l'arrosage et de la récolte des légumes. En dehors d'éventuelles séances de physiothérapie, l'assuré a déclaré ne rien faire l'après-midi et se coucher le soir autour de 22 heures. L'expertisé a dit vivre seul et ne s'occuper de rien dans son ménage, sa fille prenant en charge les tâches ménagères.

À l'issue de l'examen clinique, l'expert a constaté qu'il n'y avait quasiment aucune mobilité active de l'épaule droite avec des douleurs et que l'épaule gauche avait une bonne mobilité active mais chaque mouvement testant la force déclenchait des douleurs. Concernant les membres inférieurs, il y avait d'importantes douleurs de la périe hanche gauche, chaque test clinique au niveau de la hanche déclenchant des douleurs mêmes si ces dernières n'étaient pas spécifiques de la périe hanche. S'agissant des chevilles, les douleurs étaient plus importantes à droite qu'à gauche, avec une mobilité active malgré tout conservée, l'examen clinique évoquant une pathologie de l'articulation sous-talienne des deux côtés. Il a retenu les diagnostics suivants :

Pour l'épaule droite, une lésion labrale de type SLAP constatée sur l'arthro-IRM du 7 août 2007 ; un état après réinsertion chirurgicale du bourrelet labral, le 11 février 2008 ; un état après acromioplastie, résection du centimètre externe de la clavicule et ténodèse du long chef du biceps, le 4 novembre 2009 et une lésion interstitielle du tendon sous-scapulaire et sous-épineux sur l'arthro-IRM du 13 décembre 2021. Il a retenu deux problèmes médicaux.

Pour l'épaule gauche, une lésion partielle du tendon sous-scapulaire, visualisée sur l'IRM du 25 octobre 2016 et une partition de l'acromion, asymptomatique, également visualisée sur l'IRM du 25 octobre 2016.

Pour la hanche gauche, une tendinopathie, moyen fessier gauche, diagnostiquée le 10 avril 2018.

Pour la cheville gauche, une arthrose sous-talienne, diagnostiquée sur l'IRM du 13 décembre 2016.

Pour la cheville droite, une arthrose sous-talienne, évoquée dans le rapport d'échographie du 28 août 2018.

L'expert P_____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes :

Pour l'épaule droite, pas d'élévation répétitive du bras droit au-dessus des épaules et pas de port de charges de plus de 5 kg.

Pour l'épaule gauche, pas d'élévation répétitive du bras gauche au-dessus des épaules et pas de port de charges de plus de 10 kg.

Pour la hanche gauche, pas de marche prolongée et pas de montée ou de descente des escaliers répétée.

Pour les chevilles gauche et droite, pas de marche en terrain instable.

L'expert a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle dès le 15 juillet 2007.

Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles dont l'apparition est différenciée dans le temps, l'expert a considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière dès le 4 mai 2010.

k. La Dresse N_____ a rendu son rapport d'expertise psychiatrique en date du 15 juin 2022. Après avoir résumé les pièces du dossier concernant les différents rapports médicaux depuis août 2007, la Dresse N_____ a procédé à trois entretiens avec l'assuré, d'une durée de 90 minutes chacun, les 22 mars, 5 avril et 17 mai 2022 complétés par un entretien téléphonique avec la doctoresse R_____, le Dr S_____ et la psychologue T_____.

L'experte a réalisé une anamnèse familiale ainsi qu'une anamnèse personnelle portant sur l'anamnèse professionnelle et sociale, l'anamnèse somatique et enfin l'anamnèse psychiatrique. Elle a relaté les données subjectives et les plaintes de l'expertisé et a mentionné ses constatations objectives.

Elle a retenu trois diagnostics, en premier lieu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique F33.11, en deuxième lieu un syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 et enfin une agoraphobie avec trouble panique.

L'experte psychiatre a émis un pronostic réservé devant la complexité de la situation de l'assuré, avec interaction entre les différents troubles psychiques et somatiques.

La Dresse N_____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes :

Pour le trouble dépressif, une baisse nette de l'élan vital avec fatigabilité, difficulté à maintenir l'attention, tension interne, intolérance à la frustration, difficultés interpersonnelles. Ces limitations étant présentes de manière importante depuis 2018 date de la rechute dépressive avec un début de l'installation située en 2017.

Pour le syndrome douloureux somatoforme persistant, des autolimitations au niveau de l'usage des membres, notamment le bras droit, difficultés à se concentrer, à maintenir son attention, étant centré sur le fonctionnement du corps et la perception des douleurs, la fatigabilité. Ces limitations étant présentes depuis 2007 – 2008 avec une péjoration actuellement liée à une généralisation des plaintes.

Pour le trouble anxieux, une anxiété envahissante avec des manifestations neurovégétatives de type sensation de vertiges, besoin de fuir, évitement de situations redoutées, difficulté à maintenir son attention, lesdites limitations existant depuis 2019.

L'experte psychiatre a considéré que les plaintes étaient objectivées, que le tableau clinique était cohérent, qu'il s'agissait d'une évolution cohérente, en prenant en considération les interactions entre les comorbidités psychiatriques et les troubles physiques. Il n'y avait pas de discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui était connu des activités et de la vie quotidienne de la personne. Cette dernière était engagée dans les traitements prescrits et présentait une bonne observance à ces derniers. Il n'existait pas de trouble de la personnalité à première vue. Les ressources résiduelles de l'assuré étaient très limitées devant les problématiques physiques.

Sur le plan psychique, les ressources résiduelles de l'assuré étaient faibles ; sur le plan mental, l'assuré ne présentait pas de difficultés et ses ressources semblaient bonnes ; sur le plan social et familial, les ressources étaient pauvres, l'assuré n'ayant pas de réseau social ou amical mais paraissant capable de s'organiser au niveau social et sur le plan familial, les ressources étaient présentes mais l'assuré entretenait une relation de dépendance vis-à-vis de sa famille et notamment de sa fille.

L'experte a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle en raison des limitations d'ordre physique et a renvoyé à l'avis des deux autres experts sur la date à laquelle la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle.

Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, l'experte a considéré que dans un cadre très hypothétique, l'assuré pourrait exercer une activité allant à 30% dans un cadre adapté à ses limitations soit une activité ne nécessitant pas un effort d'attention ou de concentration, ni d'interactions interpersonnelles, avec des tâches répétitives, dans un encadrement bienveillant, pouvant accepter que l'assuré puisse prendre le temps de se reposer si fatigabilité ou exacerbation anxieuse ou algique, pouvant tolérer un absentéisme plus ou moins régulier pour différentes raisons de santé. Ces limitations venaient s'ajouter aux limitations fonctionnelles posées par le Dr Q_____ dans son expertise en p. 21. L'experte ajoutait toutefois qu'il était difficile d'imaginer, dans le cadre actuel du marché concurrentiel du travail, une activité pouvant correspondre à toutes ces limitations et qu'une telle activité, très partielle, hypothétique, pouvait représenter, en elle-même, un facteur de stress chez un assuré très sensible à ce qui se passait dans son corps et pourrait, malheureusement, entretenir son état de santé instable. Ainsi, l'experte estimait que l'assuré était en incapacité totale d'intégrer une activité professionnelle lucrative quel que soit le domaine d'activité, depuis 2018. Entre 2010 et 2017, elle considérait que l'assuré avait une capacité de travail, dans une activité adaptée, de 50%.

En résumé, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail dans une activité adaptée était partielle, soit à 50% depuis 2010, et était nulle depuis 2018.

l. La Dresse N_____ n'ayant pas eu l'occasion d'échanger avec le Dr Q_____, la chambre de céans lui a demandé, par courrier du 28 juin 2022, de contacter les deux autres experts et de lui faire parvenir la copie du consilium avec délai au 15 août 2022.

m. Par courrier du 27 juillet 2022, la Dresse N_____ a fait parvenir à la chambre de céans les résultats du consilium avec les deux autres experts, dont il résultait qu'elle confirmait son évaluation de la capacité de travail, soit une incapacité de travail, dans une activité adaptée de 50% depuis 2010, et une incapacité de travail totale depuis 2018.

n. Après avoir reçu copie des rapports d'expertise et du consilium, les parties se sont déterminées.

o. Par courrier du 23 septembre 2022, l'intimé a relaté avoir soumis les rapports d'expertise et le consilium des experts à son SMR qui, dans sa détermination du 23 septembre 2022, a pris des conclusions auxquelles l'OAI s'est rallié intégralement. Dans son avis médical du 23 septembre 2022, sous la plume de la doctoresse U_____, le SMR a exprimé son désaccord avec l'appréciation du Dr Q_____ sur le plan cardiologique, aucune incapacité de travail ne pouvant être retenue avant, éventuellement, 2019 date annoncée de l'infarctus, soit postérieurement à la décision. Ainsi, d'un point de vue rhumatologique et orthopédique, une capacité de travail entière dans une activité adaptée était tout à fait exigible en tenant compte des limitations fonctionnelles somatiques retenues par les experts. Sur le plan psychiatrique, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas lieu de retenir une incapacité de travail antérieurement au mois d'octobre 2018, date de l'aggravation sur le plan psychiatrique, aggravation motivant une incapacité de travail partielle, et non totale. En conclusion, l'OAI a rappelé que la décision querellée avait été rendue en date du 21 novembre 2018 et que c'était, dès lors, la situation médicale antérieure à cette date qui était déterminante pour juger de la présente cause. Par conséquent, l'éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant, d'un point de vue cardiologique et psychiatrique, devait faire l'objet d'une procédure distincte.

p. Dans ses observations du 14 octobre 2022, le conseil du recourant s'est, en substance, rallié aux conclusions des experts et a conclu à une incapacité totale de travailler depuis le 1er avril 2010, en raison de problèmes cardiaques et psychiques notamment.

q. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par courrier du 17 octobre 2022.

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

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. 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. 83 LPGA).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA, art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. L'objet du litige est le bien-fondé de la décision de l'OAI du 21 novembre 2018, par laquelle l'intimé a refusé d'octroyer au recourant une rente ordinaire non limitée dans le temps.

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

7.

7.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

7.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être

surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

7.3 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

7.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation

n’a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

8. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 41 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d’analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3)

  A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

     Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

  B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

  C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

  Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l’évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

9. À teneur de la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de

vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

10. Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

11. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4), ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

12. 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).

13. 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.

14.

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

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

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

14.4 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

14.5 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

14.6 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).

14.7 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).

14.8 Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

15. 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).

16. 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).

17. 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 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

18.

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

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

18.2 Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles

d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (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).

18.3 Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 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).

18.4 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 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).

18.5 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).

18.6 Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4 ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

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

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).

18.8 Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à

100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent ; ATF 119 V 475 consid. 2b ; ATF 114 V 313 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

19. 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 médico-théorique 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).

20.

20.1 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.

20.2 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.

21. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire

pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bi-disciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), 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 a 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 (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). 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 précité consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

22. En l'espèce, dans leurs ultimes conclusions après expertises, les parties se déterminent comme suit.

22.1 L'intimé reconnaît une pleine valeur probante à l'expertise judiciaire orthopédique. S'agissant de l'expertise rhumatologique, il se distancie de l'appréciation qui était faite par l'expert rhumatologue sur le plan cardiologique et estime qu'aucune incapacité de travail ne peut être retenue avant, éventuellement, 2019. Dès lors, ladite pathologie étant intervenue après que la décision querellée a été rendue, l'intimé considère que ce point ne doit pas être pris en compte dans la présente espèce. Enfin, s'agissant de l'expertise psychiatrique, l'intimé en conteste

les conclusions et estime qu'il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail, antérieurement au mois d'octobre 2018, date de l'aggravation sur le plan psychiatrique qui, selon le SMR, motiverait une incapacité de travail partielle et non totale.

22.2 Le recourant, quant à lui, soutient la valeur probante de l'ensemble des expertises judiciaires. Il conclut à ce que la chambre de céans retienne une incapacité totale de travailler depuis le 1er avril 2010, en raison de problèmes cardiaques et psychiques notamment.

22.3 En l'occurrence, la chambre de céans considère également que l'expertise judiciaire orthopédique présente une valeur probante, ce qui est admis par les parties, étant rappelé que l'expert orthopédiste retient une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

En ce qui concerne l'expertise judiciaire rhumatologique, le Dr Q_____ conclut à une capacité de travail entière, dans un emploi adapté respectant les limitations fonctionnelles et cela depuis le mois de juin 2010. Néanmoins, sur le plan cardiologique, il considère que le problème cardiaque limite la capacité de travail à 50%, à cause d'une grande fatigabilité à l'effort et ceci depuis juin 2010, expliquant que l'expertisé doit à plusieurs reprises par jour se coucher pour récupérer.

Comme le souligne l'intimé, les appréciations faites par l'expert orthopédique et en médecine interne, en ce qui concerne une problématique purement cardiologique, sortent de son domaine de compétence, étant précisé que l'expert orthopédiste a clairement exclu de se prononcer sur cette problématique en relevant, en p. 61 de son rapport d'expertise, que « sur le plan cardiologique, le Dr Q_____ retient une capacité de travail à 50 %. Cette spécialité n'étant pas de notre domaine de compétence, nous vous laissons le soin de vous référer à son rapport pour plus de détails ».

S'ajoute à cela que si les problèmes cardiologiques dont souffre l'assuré s'étaient déjà manifestés auparavant et avaient, notamment, nécessité la pose de stents, ce n'est qu'en 2019, soit postérieurement à la décision querellée, qu'un infarctus s'est produit.

Sur le plan purement rhumatologique, la valeur probante de l'expertise du Dr Q_____ n'est pas remise en cause par les parties. La chambre de céans est d'avis que les conclusions de l'expert, sur le plan purement rhumatologique, présentent une valeur probante.

S'agissant de la question de la valeur probante de l'appréciation du Dr Q_____ sur le plan cardiologique, il n'est pas nécessaire d'examiner plus en détail ce point, en raison des considérants qui suivent.

L'intimé conteste les conclusions de l'expertise psychiatrique, notamment pour la période allant de 2010 à 2012, se fondant sur l'expertise du Dr I_____ et sur l'hospitalisation de l'assuré à la CCR, du 25 août au 14 septembre 2010. À la suite,

le SMR note que le recourant a reconnu une amélioration clinique dès 2014 avec acceptation de la séparation du couple et a interrompu, dans ce contexte, le traitement antidépresseur et le suivi psychiatrique. Par ailleurs, selon l'appréciation du SMR, ce n'est que plus tard que sa santé psychique s'est péjorée, depuis l'installation des menaces cardiaques. L'OAI oppose les conclusions de l'expert psychiatrique à celle du Dr I_____ ainsi qu'à l'absence de mise en évidence de pathologie psychiatrique, à l'issue de l'hospitalisation de l'assuré à la CCR, en 2010.

Ce faisant, l'OAI admet implicitement que sa décision du 21 novembre 2018 est, à tout le moins, partiellement infondée puisqu'elle ne tient pas compte d'une aggravation de l'état de santé, entraînant une incapacité de travail à tout le moins partielle, depuis octobre 2010 (soit avant que la décision querellée ne soit rendue), telle qu'admise par le SMR dans son avis médical du 23 septembre 2022, et ne retient un degré d'invalidité - de 100% - que pour la période allant du 1er août 2009 au 31 mars 2010.

Il s'agit donc d'examiner si une éventuelle aggravation de l'état de santé psychiatrique de l'assuré, pouvant entraîner une invalidité dans une activité adaptée, peut être retenue pendant la période allant de 2010 à 2018.

L'experte psychiatre a conclu à une incapacité de travail à 50% depuis 2010 et une incapacité de travail totale depuis 2018 dans son rapport sur le consilium du 27 juillet 2022, ce qui correspond à sa conclusion figurant en p. 38 de son rapport d'expertise du 15 juin 2022.

Ainsi, l'experte considère qu'un premier épisode dépressif s'est installé depuis 2010, ce qui a eu pour effet d'entraîner une capacité de travail de 50% du recourant et qu'au moment de l'installation du deuxième épisode dépressif en 2018, la capacité de travail est devenue nulle.

Les différentes étapes du raisonnement suivi par la psychiatre sont clairement décrites, avec des explications très détaillées sur les interactions avec les autres experts, dans son rapport de consilium du 27 juillet 2022.

D'une façon générale, l'experte psychiatre a rédigé un rapport d'expertise qui correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical, à l'issue de trois entretiens avec l'expertisé, d'une durée de 90 minutes chacun, complétés par des entretiens avec les médecins traitants du recourant, notamment la généraliste R_____, le psychiatre S_____, ainsi que la psychologue T_____. Il contient en outre une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle très fouillée, et l'experte a rapporté ses observations cliniques de manière détaillée à la suite des entretiens mentionnés supra. Les diagnostics retenus sont soigneusement motivés. Sur ce point, elle s'est référée à la littérature scientifique. Elle a bien analysé la capacité de gain du recourant à la lumière des indicateurs développés par la jurisprudence. Il n'existe pas de contradiction et l'experte a, en outre, exposé de manière convaincante pour quelles

raisons elle se ralliait aux avis des autres intervenants ou au contraire s'en écartait. S'agissant plus particulièrement des appréciations du Dr I_____, sur lesquelles se fonde l'intimé, l'experte a expliqué en détail le fait qu'en septembre 2012, le syndrome douloureux somatoforme n'avait pas encore été reconnu comme invalidant par la jurisprudence, ce qui pouvait expliquer que le Dr I_____ ne l'a pas estimé invalidant. Toutefois, le recourant bénéficiait d'un suivi spécialisé depuis 2010 et était déjà au bénéfice d'un traitement antidépresseur, ce qui aurait dû conduire le Dr I_____ à reconnaître un trouble anxiodépressif, ce qu'il n'a pas fait, pas plus qu'il n'a établi de contacts avec le psychiatre et le psychologue qui traitaient à l'époque l'assuré.

Ces explications permettent de comprendre les raisons pour lesquelles l'experte psychiatre ne partage pas les conclusions du Dr I_____ sur lesquelles se fondent le SMR et l'intimé et permettent de dissiper les doutes exprimés par le SMR en p. 2 de son avis médical du 23 septembre 2022.

Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise psychiatrique du 27 juillet 2022 présente une pleine valeur probante et qu'il doit être suivi, étant rappelé que 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.

22.4 Au niveau des dates, la chambre de céans considère que les éléments du dossier permettent d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante qu'à partir du 1er avril 2010, soit à la fin de la rente entière basée sur le degré d'invalidité de 100% octroyée du 1er août 2009 au 31 mars 2010, la capacité de gain de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles s'est améliorée. La période d'amélioration de la capacité de gain a commencé le 1er janvier 2010 (art. 88a al. 1 RAI, soit le 1er janvier 2010 + 3 mois) et a abouti à une capacité de travail de 50% dès le 1er avril 2010.

La prise en compte d'une capacité de travail de 50% dès le 1er avril 2010, pour des raisons psychiatriques, permet ainsi d'éviter d'examiner la valeur probante des appréciations du Dr Q_____ concernant une incapacité de travail de 50% fondée sur la problématique cardiologique, qui sort de son domaine de compétence.

Cette capacité de travail de 50% s'est poursuivie mais, à la suite de l'installation d'un nouveau trouble dépressif, ce dernier a conduit à une incapacité de travail de 100% qui est clairement établie lors de la reprise d'un suivi psychiatrique régulier au mois d'octobre 2018. Selon l'experte, la péjoration de la capacité de travail de l'assuré aurait débuté en 2017 et se serait installée en 2018. En l'absence de date plus précise et en application de l'art. 88a al. 2 RAI, la chambre de céans admettra que la capacité de gain de l'assuré s'est, à tout le moins, péjorée dans les trois mois précédant le 1er octobre 2018. C'est donc à la date du 1er octobre 2018 qu'il sied de

reconnaître un degré d'invalidité de 100% et, par conséquent, un droit à une rente entière dès cette date.

22.5 Compte tenu de ce qui précède, il se justifie d'annuler partiellement la décision querellée, dans la mesure où elle ne tient pas compte d'une capacité de travail limitée à 50% dès le 1er avril 2010 et de l'incapacité totale de travail dès le 1er octobre 2018, tel que détaillé supra. Néanmoins, pour la période allant du 1er août 2009 au 31 mars 2010, pendant laquelle une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100% a été octroyée, la chambre de céans confirme le bien-fondé de la décision sur ce point.

22.6 Pour effectuer la comparaison des gains, l'OAI a considéré que le statut de l'assuré était celui d'une personne travaillant à plein temps et a pris en compte le dernier revenu annuel brut, sans invalidité, réalisé par l'assuré, soit CHF 69'160.-, en se fondant sur le courrier adressé à la SUVA par son employeur, l'entreprise B_____, devenue V_____.

S'agissant du revenu avec invalidité, l'OAI l'a calculé en se fondant sur le statut d'une personne travaillant à plein temps et s'est fondée sur les ESS 2010, avec le tableau TA1 pour un homme, en prenant en compte une durée normale hebdomadaire de travail de 41.6 heures, avec une indexation selon l'indice suisse nominal des salaires (ISS). Le montant retenu, avec invalidité, selon exigibilité et rendement pour l'année 2010, a été fixé à CHF 61'164.-. L'OAI a ensuite appliqué un abattement de 10%.

La chambre de céans confirme le bien-fondé de la prise en compte de l'ultime salaire réalisé par l'assuré pour calculer le revenu sans invalidité ainsi que de la prise en compte des ESS avec le tableau TA1, pour un homme, pour calculer le revenu avec invalidité, de même que l'application d'un abattement de 10%.

Compte tenu de la capacité de travail, dans une activité adaptée, établie à 50% dès le 1er avril 2010, il sied de tenir compte d'un revenu annuel brut sans invalidité de CHF 69'160.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 61'164.-, qui doit être abaissé à CHF 30'582.- (CT de 50%) puis corrigé par un abattement de 10%, ce qui aboutit à un revenu annuel brut raisonnablement exigible avec invalidité de CHF 27'524.-. La perte de gain pour l'année 2010 s'élève donc à CHF 41'636-.

Comparé au revenu sans invalidité de CHF 69'160.-, il en résulte un degré d'invalidité de 60.20 ([69160-27524] / 69160 × 100), arrondi à 60% (ATF 130 V 121 consid. 3.2), taux ouvrant le droit à un trois-quarts de rente (art. 28 al. 2 LAI).

22.7 S'agissant des coûts de l'expertise, 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).

En ce qui concerne les troubles psychiatriques, l'OAI a mandaté un expert en la personne du Dr I_____. Le fait que ses conclusions soient différentes de celles de l'experte judiciaire mandatée par la chambre de céans ne permet pas de déduire que l'autorité administrative a diligenté une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées.

Le même raisonnement peut être appliqué en ce qui concerne la détermination de la capacité de travail de l'assuré par rapport à ses troubles somatiques, dès lors que l'OAI a instruit ce point en mandatant son SMR.

Dès lors, les frais des trois expertises judiciaires seront laissés à la charge de l'État.

23. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité 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]), arrêtée en l'espèce à CHF 3'000.-.

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Annule partiellement la décision du 21 novembre 2018, pour ce qui concerne la période postérieure au 31 mars 2010.
3. Dit que le recourant a droit à un trois-quarts de rente d'invalidité, dès le 1er avril 2010 et à une rente entière d'invalidité, dès le 1er octobre 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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