RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/946/2022 **ATAS/963/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 novembre 2022

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, GENÈVE comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andrea VON FLÜE — recourant

contre

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

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

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1973, ressortissant tunisien au bénéfice d'un permis d'établissement en Suisse, est titulaire d'un diplôme de chef de rang-serveur. De 1994 à 2016, il a travaillé pour divers employeurs dans le secteur de l'hôtellerie-restauration. À teneur de son extrait de compte individuel AVS, ses revenus durant cette période ont été très variables, oscillant entre CHF 1'020.- (1995) et CHF 46'950.- (2003). En 2015, il a réalisé un revenu de CHF 25'383.-. En 2016, il a travaillé pour le compte de plusieurs sociétés, telles que B_____, C_____ et D_____.

b. Le 13 septembre 2016, l'assuré a été victime d'un accident entraînant une incapacité de travail totale. La CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA) a pris le cas en charge.

c. Le 30 janvier 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI).

d. La SUVA a transmis à l'OAI le dossier de l'assuré. Il en résulte notamment que :

- le 15 septembre 2016, un ultrason du mollet et du tendon d'Achille gauche a été effectué ; le tendon d'Achille présentait un aspect fibrillaire homogène sans rupture, avec, peut-être, une rupture très partielle de quelques fibres en surface et à mi-hauteur ; il y avait par contre une lésion de la région myo-tendineuse du muscle soléaire au niveau de son insertion au tendon d'Achille ; cette rupture restait partielle, sans rétraction du muscle ; un œdème loco-régional important était visible (rapport du 15 septembre 2016 du docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie) ;
- le 28 novembre 2016, l'assuré a repris son activité professionnelle ;
- le 12 décembre 2016, l'assuré s'est tordu à nouveau la cheville droite pendant son service et une nouvelle incapacité de travail a été attestée (cf. déclaration d'accident du 23 décembre 2016) ;
- le 16 décembre 2016, une échographie a été effectuée en raison de la mauvaise évolution de la déchirure myo-tendineuse du mollet gauche ; comme précédemment, il existait une déchirure à la jonction myo-tendineuse du mollet gauche ; par rapport au dernier examen, un hématome était apparu au contact de la partie postérieure du tendon d'Achille, s'étendant sur une hauteur d'environ 8 cm pour une épaisseur d'environ 8 mm ; cet hématome était situé à distance de la lésion myo-tendineuse précédemment décrite, signe d'une vraisemblable atteinte du tendon d'Achille lui-même ; il n'y avait pas de désinsertion du tendon d'Achille à sa partie calcanéenne (rapport du docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie) ;

- dans un rapport du 19 décembre 2016, le docteur G_____, médecin responsable du service des urgences de l'Hôpital de la Tour, a conclu à une déchirure du mollet gauche distal le 13 septembre 2016 avec un nouveau traumatisme ; l'échographie du 16 décembre 2016 montrait une déchirure du muscle soléaire distal (= myo-tendineux) et un hématome du tendon d'Achille sans lésion achilléenne ; l'évolution était lentement favorable ;
- le 17 janvier 2017, une échographie du mollet droit (sic) a été effectuée en raison de l'évolution défavorable de la déchirure achilléenne distale (rapport du 17 janvier 2017 du docteur H_____, spécialiste FMH en radiologie) ;
- le 14 mars 2017, une échographie du mollet droit (sic) a montré une évolution favorable des stigmates de déchirure du tendon achilléen à sa jonction myo-tendineuse, avec cal d'allongement en cours de formation (rapport du 14 mars 2017 du Dr H_____) ;
- le 29 mars 2017, le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué deux déchirures du tendon d'Achille successives ; l'assuré, qui poursuivait les séances de physiothérapie, souffrait de douleurs persistantes à la marche et parfois la nuit ; la durée du traitement était d'environ quatre à six mois et une reprise du travail n'était pas prévue ;
- dans un rapport du 19 avril 2017, le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a diagnostiqué une tendinose du corps du tendon d'Achille gauche sur status post-déchirure partielle du corps du tendon d'Achille ; il a attesté une incapacité de travail totale du 1er avril au 18 mai 2017 en précisant que, par la suite et selon l'évolution, il serait judicieux que l'assuré puisse bénéficier d'un retour au travail progressif (25%, puis 50%, puis 100%) ;
- le 3 mai 2017, l'assuré a été examiné par le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, qui a diagnostiqué une rupture à la jonction myo-tendineuse achilléenne gauche et une tendinose achilléenne gauche ; l'examen clinique effectué par le Dr K_____ a mis en évidence un œdème et une douleur du tendon d'Achille à gauche, une douleur à la palpation myo-tendineuse et une fonction musculaire conservée, mais très mal contrôlée ; le médecin a relevé que l'échographie de contrôle du 14 mars 2017 montrait une évolution favorable ; selon lui, une reprise de travail progressive était souhaitable, mais l'évolution était stagnante, l'état de santé de l'assuré n'étant pas stabilisé ;
- le 19 mai 2017, le Dr J_____ a relevé une sensibilité à la palpation du corps du tendon d'Achille gauche ; les appuis monopodaux sur le membre inférieur gauche avec le pied en hyperflexion créaient des douleurs intenses du tendon et du mollet gauches, associées à une instabilité du membre inférieur gauche ; le médecin a reconduit l'arrêt de travail total jusqu'au 19 juin 2017 ;

- le 22 mai 2017, le Dr J_____ a diagnostiqué une déchirure partielle du tendon d'Achille gauche ; le 19 mai 2017, l'assuré présentait des douleurs permanentes du tendon d'Achille en activité, avec des dysfonctions du membre inférieur gauche ; le traitement était conservateur ;
- le 26 septembre 2017, le Dr J_____ a indiqué que l'évolution était stable ; l'assuré souffrait toujours des douleurs au tendon d'Achille gauche ; l'incapacité de travail était totale ;
- le 30 octobre 2017, l'assuré a été réexaminé par le Dr K_____ ; dans son rapport du 8 novembre 2017, ce dernier a rappelé les diagnostics posés précédemment ; la reprise progressive de l'activité lucrative n'avait pu avoir lieu ; les plaintes de l'assuré concernaient la tuméfaction de la jambe gauche lors des surcharges mécaniques, à la marche prolongée au-delà d'une heure et lors de fortes chaleurs ; l'évolution était stagnante ; l'exercice d'une activité dans le domaine de l'hôtellerie n'était pas exigible et l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé ;
- le 15 janvier 2018, le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une cicatrisation hypertrophique fusiforme du tendon d'Achille gauche et un status post-rupture partielle le 12 décembre 2016 nécessitant l'immobilisation dans une botte ; la reprise du travail était prévue deux à trois mois plus tard ;
- le 8 février 2018, le Dr L_____ a conclu à une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée ;
- le Dr K_____ a rendu un nouveau rapport, en date du 2 mars 2018, concluant à une rupture de la jonction myo-tendineuse triceps sural gauche, à une tendinose achilléenne gauche et à une obésité.

e. Interrogé par le service médical régional de l'AI (ci-après SMR), le Dr L_____ a répondu, le 15 mars 2018, que l'atteinte ayant conduit au dépôt de la demande AI était la lésion chronique du tendon d'Achille gauche, incapacitante depuis le 13 septembre 2016. Les limitations fonctionnelles consistaient dans l'incapacité à travailler debout, à emprunter des escaliers et à marcher. La position assise était conservée sans problème.

f. Le 14 novembre 2018, la doctoresse M_____, spécialiste FMH en médecine interne générale auprès du SMR, a considéré que l'assuré présentait une rupture de la jonction myo-tendineuse du triceps sural du mollet gauche, une déchirure partielle du tendon d'Achille gauche et une tendinopathie achilléenne gauche chronique. L'incapacité de travail dans toute activité avait débuté le 13 septembre 2016. À compter du 19 avril 2017, l'assuré avait recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée, permettant d'éviter la marche, les stations debout prolongées, le port de charges lourdes, les déplacements répétés et les escaliers. Il fallait préférer une activité s'effectuant essentiellement en position assise.

L'assuré était en incapacité de travail depuis le 13 septembre 2016, après une chute à l'origine d'une déchirure musculaire du triceps sural du mollet gauche et d'une rupture partielle du tendon d'Achille gauche. L'évolution des lésions était progressivement favorable, mais des douleurs mécaniques achilléennes à gauche et une boiterie en lien avec une tendinopathie achilléenne gauche chronique persistaient. Un traitement conservateur était préconisé, sans indication opératoire.

B. **a.** Le 14 novembre 2018, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait lui nier le droit aux prestations de l'assurance-invalidité : s'il avait certes été dans l'incapacité totale de travailler depuis le 13 septembre 2016, son état de santé s'était toutefois amélioré à compter du 19 avril 2017, de sorte qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b. Le 18 décembre 2018, le docteur N_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a établi un rapport à l'intention de l'OAI. Il y diagnostiquait une insuffisance chronique après rupture du tendon d'Achille gauche. L'assuré avait subi une opération (transfert tendineux du long fléchisseur de l'hallux gauche) le 7 septembre 2018. Le traitement consistait en séances de physiothérapie pendant douze à dix-huit mois, sans aucune médication. L'incapacité de travail était totale depuis le 13 septembre 2016 dans l'activité habituelle de serveur. L'assuré, en rééducation post-opératoire, devait éviter la marche, les escaliers et la position debout prolongée. L'activité habituelle n'était pas exigible et on ne pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail durant les six mois après l'opération.

c. Le 15 janvier 2019, la Dresse M_____ a estimé que le rapport du Dr N_____ confirmait les limitations fonctionnelles retenues dans les conclusions du 14 novembre 2018, de même que l'incapacité de travail dans la dernière activité. Il n'apportait pas d'argument objectif justifiant une incapacité de travail totale dans toute activité, en dehors d'une période limitée entourant le geste opératoire. L'exigibilité restait entière, depuis le 19 avril 2017, dans une activité adaptée effectuée en position assise, sans marche, sans station debout prolongée, sans port de charges, ni déplacements, ni utilisation d'escaliers.

d. Par décision du 17 janvier 2019, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. L'assuré avait été en incapacité de travail totale depuis le 13 septembre 2016, mais, à compter du 19 avril 2017, son état de santé s'était amélioré et il avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le degré d'invalidité était nul dès le 19 avril 2017. Étant donné la difficulté à déterminer avec précision le revenu sans invalidité au vu du parcours professionnel de l'assuré et de la fluctuation de ses gains, les revenus avec et sans invalidité étaient basés sur la même tabelle statistique.

C. **a.** Par acte du 12 février 2019, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et de mesures de réadaptation, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise.

Dans le cadre de la procédure de recours, il a produit notamment :

- le compte-rendu d'une opération subie le 12 septembre 2018 (rapport du Dr O_____);
- le compte-rendu d'une IRM effectuée le 25 février 2019, concluant à un status post-transposition du muscle long fléchisseur de l'hallux avec signes de tendinose dans sa portion distale en regard du matériel d'ostéosynthèse, sans rupture, ainsi que des signes de tendinopathie du tendon d'Achille connue, sans rupture (rapport de la doctoresse P_____, spécialisée en radiologie);
- un certificat médical établi le 1er mars 2019 par le docteur Q_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, attestant d'une incapacité totale de travailler.

Quant à l'OAI, il a produit un avis du SMR du 29 avril 2019, estimant que l'imagerie du 25 février 2019 ne permettait pas à elle seule d'objectiver une aggravation de l'état de santé de l'assuré après l'opération de septembre 2018.

b. Par arrêt du 2 août 2019 (ATAS/695/2019), la Cour de céans a partiellement admis le recours, annulé la décision du 17 janvier 2019 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur la question de la capacité de travail résiduelle de l'intéressé dans une activité adaptée. L'avis du SMR ne reposait pas sur des observations cliniques auxquelles l'un des médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Or, le résultat de cette appréciation - soit l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 19 avril 2017 - n'était corroboré par aucune pièce du dossier. En l'absence d'une analyse probante de la situation médicale, l'OAI ne pouvait se fonder sur les conclusions du SMR pour rendre sa décision de refus de prestations.

D. **a.** Suite à la reprise de l'instruction du dossier par l'OAI, de nouvelles pièces médicales ont été versées au dossier :

- un rapport du 9 octobre 2019 du Dr Q_____ faisant état du diagnostic de rupture chronique du talon d'Achille gauche avec insuffisance dudit tendon; l'assuré avait subi un transfert arthroscopique du FHL (Functional Hallux Limitus) le 7 septembre 2018, date à partir de laquelle la capacité de travail était décrite comme nulle dans toute activité; les limitations fonctionnelles étaient la marche longue distance et la position debout; une nouvelle intervention était prévue le 5 décembre 2019 ;

- un rapport du 16 octobre 2019 du Dr N_____ indiquant que, du point de vue orthopédique, la rupture du tendon d'Achille gauche demeurait incapacitante et affectait la qualité et la vitesse de marche; elle occasionnait également des douleurs et une boiterie; le médecin indiquait avoir adressé l'assuré à un confrère en février 2019, suite à une rupture du lien de confiance « suite à la confrontation à la mauvaise exécution des autos exercices » ;
- un compte-rendu post-opératoire du Dr Q_____ indiquant que l'assuré avait subi, en date du 5 décembre 2019, une arthroscopie postérieure de la cheville droite (sic) pour débridement du carrefour postéro-médical de la cheville et débridement endoscopique à la partie distale du tendon d'Achille; le médecin attestait d'une incapacité totale de travailler depuis l'opération jusqu'au 19 janvier 2020 ;
- un rapport médical du 2 avril 2020 de la doctoresse R_____, spécialiste en médecine interne auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, attestant d'une évolution post-opératoire stable, sans changement de diagnostic; la marche et la station debout demeuraient douloureuses, de sorte que des activités impliquant ces postures n'étaient pas envisageables et ne le seraient pas avant six mois post opération; en revanche, l'intéressé était capable d'exercer une activité adaptée, tenant compte de ces limitations ;
- une note de consultation du 7 juillet 2020 de la Dresse R_____ faisant état, à sept mois post opération, des diagnostics de status après transfert long fléchisseur de l'hallux pour une rupture négligée du tendon d'Achille, de douleurs au carrefour postéro-médial de la cheville, de cicatrice douloureuse post transfert du long fléchisseur de l'hallux et de tendinopathie distale du tendon d'Achille; la palpation était décrite comme douloureuse au niveau du tendon d'Achille, de la région pérachilléenne et du carrefour postérieur de la cheville; l'incapacité de travail était prolongée d'un mois ;
- un rapport radiographique du 18 septembre 2020 du docteur S_____, spécialiste en médecine nucléaire concluant à l'absence d'anomalie pouvant faire suspecter la présence d'une lésion osseuse ou ostéoarticulaire évolutive au niveau du pied et de la cheville gauches, ainsi qu'à une collection de 35 x 26 mm au niveau du talus gauche, en progression et vraisemblablement en relation avec les antécédents opératoires ;
- un rapport du 24 février 2021 du docteur T_____, médecin chef de clinique auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, suite à une consultation du 27 janvier 2021 en raison de lombalgies; un diagnostic de lombalgies sur raccourcissement de la musculature péri-coxale avait été posé conjointement au diagnostic secondaire de malformation congénitale d'une vertèbre de transition sacralisation de L5; un traitement conservateur par physiothérapie d'allongement de la musculation péri-coxale était proposé ;

- un rapport radiologique du 2 mars 2021 du docteur U_____, médecin interne auprès du service de radiologie des HUG, faisant état d'une fracture non déplacée du scaphoïde, d'une importante synovite traumatique du poignet et d'une ténosynovite des tendons extenseurs des groupes II, III et IV, d'une infiltration de l'insertion fovéale avec visibilité de quelques fibres du TFFC d'allure dégénérative, d'une formation kystique intra-ligamentaire dorsale du ligament scapho-lunaire de 7 millimètres ;
- un rapport du 15 mars 2021 du docteur V_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, rappelant le diagnostic de status post rupture du tendon d'Achille et décrivant des symptômes de douleurs dans le mollet la nuit; la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de deux à trois heures par jour dans une activité adaptée à l'état de santé; des douleurs durant les déplacements étaient mentionnées au titre de limitations fonctionnelles.

b. L'OAI a confié à W_____, en date du 14 juillet 2021, un mandat d'expertise pluridisciplinaire en médecine interne générale, psychiatrie, orthopédie et rhumatologie.

L'expertise a été réalisée entre le 16 et le 22 septembre 2021 par les docteurs X_____(FMH en orthopédie), Y_____ (FMH en psychiatrie), Z_____ (FMH en rhumatologie) et AA_____ (FMH médecine interne générale). Le rapport d'expertise a été adressé à l'OAI en date du 24 novembre 2021.

Sous l'angle orthopédique, l'expert a retenu les diagnostics de status après rupture myotendineuse du tendon d'Achille droit suite à une chute le 13 septembre 2016, avec nouveau traumatisme le 12 décembre 2016 et de status après fracture du scaphoïde carpien droit en février 2021, avec possibilité d'évolution vers une pseudarthrose. En lien avec la cheville, il a fait état des limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche en terrain inégal, pas d'échelle, ni d'échafaudage, pas d'escalier de manière itérative, pas de position debout statique ou de marche de plus de 15 minutes. Concernant le poignet, les limitations décrites étaient les suivantes : pas de charge et pas d'utilisation de la main droite jusqu'au moment où le cas serait stabilisé.

Aucun diagnostic incapacitant ni aucune limitation fonctionnelle n'ont été retenus dans les autres champs de l'expertise. L'experte en médecine interne a néanmoins mentionné divers diagnostics sans influence sur la capacité de travail, soit : excès pondéral, tabagisme chronique abstinent depuis un mois, status après exérèse d'un carcinome spinocellulaire de la région cervicale médiane le 9 septembre 2021, mycose plantaire de type mocassin à trychophytn rubrum, onychomycose du gros orteil à droite à trychophytn rubrum.

Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail a été jugée nulle par les experts dans l'activité habituelle depuis le 13 septembre 2016. Dans une activité adaptée, prenant en compte les diverses limitations relevées par l'expert en orthopédie, il a été jugé qu'elle était toujours restée entière, sous réserve des

périodes de deux mois ayant suivi les interventions chirurgicales des 7 septembre 2018 et 5 décembre 2019 et les trois semaines postérieures à la fracture du scaphoïde le 28 février 2021, périodes durant lesquelles elle avait été nulle.

c. Le 15 décembre 2021, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise.

d. Le 15 décembre 2021, le Dr O_____ a adressé à l'OAI copie d'un courrier envoyé le jour même au docteur I_____, médecin traitant de l'assuré, indiquant qu'il n'avait pas d'option thérapeutique concernant ses douleurs au niveau du tendon d'Achille, du pied et de la cheville gauches. Les examens effectués au CHUV suite à une suspicion d'atteinte neurologique s'étaient révélés infructueux, vu l'absence d'atteinte neurologique pouvant expliquer les symptômes présentés. Il était impossible d'établir un lien morpho-clinique sur l'origine des douleurs décrites par le patient, de sorte que le chirurgien mettait un terme au suivi. Concernant la capacité de travail, le chirurgien indiquait ne pouvoir se prononcer.

e. Le 6 janvier 2022, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations. Si la capacité de travail était bien nulle depuis le 13 septembre 2016, elle était en revanche entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues au terme de l'expertise du W_____. Vu le parcours professionnel et les gains fluctuants réalisés par l'intéressé, son gain sans invalidité avait été évalué sur une base statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], ligne Total, activités simples et répétitives, tous secteurs confondus, sans qualifications requises pour un homme exerçant une activité à 100%). S'agissant de la même référence que celle servant au calcul de son gain d'invalide, le taux d'invalidité était considéré nul. En conséquence, il n'avait droit ni à une rente, ni à un reclassement.

f. Le 15 février 2022, l'OAI a rendu une décision formelle en ce sens.

E. **a.** L'assuré a interjeté recours contre cette décision le 21 mars 2022, en concluant à l'octroi d'une rente, subsidiairement, à celui de mesures de réadaptation. Il conteste les conclusions de l'expertise, à laquelle il reproche en substance de ne pas prendre en compte sa situation globale et de ne pas être objective.

En annexe à son recours, il produit notamment une attestation du 10 novembre 2021 du docteur AB_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui le suit depuis le 4 novembre 2020 et qui explique que son patient traverse une situation difficile sur le plan psychologique, due à une séparation compliquée et tendue ayant notamment conduit à la perte de son logement, à un éloignement forcé de son fils, ainsi qu'à ses problèmes de santé qui lui ont fait perdre son travail et son statut professionnel, l'entraînant dans la précarité. Le spécialiste recommande et soutient toute démarche en vue de trouver un logement adéquat dans lequel son patient pourra accueillir son fils.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 14 avril 2022, a conclu au rejet du recours. Il considère qu'aucun élément concret ne permet de remettre en cause l'objectivité et l'indépendance des experts, au rapport desquels il estime

qu'il faut reconnaître pleine valeur probante. Quant au rapport du Dr AB_____, il n'apporte pas d'élément objectif nouveau. Les difficultés qui y sont évoquées sont étrangères à la problématique médicale et sortent du champ de compétence de l'assurance-invalidité.

L'intimé produit un avis du SMR du 14 avril 2022 rappelant que le recourant a déclaré à l'expert psychiatre, en septembre 2021, ne pas être suivi par un psychiatre. Le SMR en conclut que la date de début de suivi énoncée par le Dr AB_____ doit résulter d'une erreur. Quoi qu'il en soit, son rapport n'apporte pas d'élément objectif nouveau permettant de remettre en question sa dernière appréciation du cas.

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. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a a contrario LPGA).

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

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, le droit éventuel à une rente est né avant le 31 décembre 2021, de sorte que le droit ancien est applicable. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

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

6. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

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

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

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

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

9. 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.

10. 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).

10.1 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.

10.2 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

10.3 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).

10.4 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

11. 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).

12. 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).

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

13. En l'espèce, le recourant conteste essentiellement les conclusions de l'expertise du W_____ qu'il considère peu objectives, notamment en ce qu'elles concluent à une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

La Cour de céans constate cependant que l'expertise pluridisciplinaire du W_____ est fondée sur une anamnèse complète et détaillée, intégrant un résumé des pièces pertinentes versées au dossier, mais également les indications subjectives de l'assuré, des examens cliniques complets, ainsi qu'une discussion interdisciplinaire du cas. Elle prend en compte tous les éléments médicaux au dossier, y compris les derniers rapports des différents médecins traitants. En outre, ses conclusions sont motivées et les experts ont confronté leurs propres observations aux diagnostics de leurs confrères, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante.

Pour ce qui est du fond, les diagnostics incapacitants retenus, sont uniquement orthopédiques. Il s'agit d'un status après rupture myotendineuse du tendon d'Achille droit (dès septembre 2016) et d'un status après fracture du scaphoïde carpien droit (dès février 2021). Ces diagnostics sont conformes au dossier médical. Quant aux limitations fonctionnelles admises par les experts – soit, en lien avec la cheville : pas de marche en terrain inégal, pas d'échelle ni d'échafaudage, pas d'escalier de manière itérative, pas de position debout statique ou de marche de plus de 15 minutes ; concernant le poignet : pas de charge et pas d'utilisation de la main droite jusqu'au moment où le cas sera stabilisé – elles sont plus étendues que celles préconisées par les médecins traitants. Elles conduisent d'ailleurs à une conclusion commune à l'ensemble des médecins et experts, soit que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle de serveur dans l'hôtellerie-restauration. Ces éléments sont convaincants et semblent d'ailleurs admis par le recourant.

Celui-ci conteste en revanche le fait, qu'au vu de son état de santé général et notamment sur le plan psychique, une capacité de travail entière lui soit reconnue par les experts dans une autre activité.

Il produit ainsi un rapport du 10 novembre 2021 de son psychiatre traitant indiquant que la situation de son patient est devenue compliquée en raison de plusieurs éléments (séparation, perte de logement, problèmes de santé) et qu'il a besoin de soutien et d'accompagnement. Cet aspect aurait été ignoré par les experts qui n'auraient ainsi pas procédé à un réel examen global de la situation. La Cour de céans relève cependant que le volet psychiatrique de l'expertise du W_____ et l'intégration de ses conclusions dans le cadre de l'évaluation interdisciplinaire sont convaincants et bien documentés, notamment en ce qu'ils excluent tout diagnostic (y compris non incapacitant) sous l'angle psychique. Le rapport du 10 novembre 2021 du Dr AB_____, postérieur à l'expertise, ne suffit pas à remettre en question la valeur probante de celle-ci. Il ne mentionne d'ailleurs aucune atteinte à la santé, aucun diagnostic, ni aucune limitation à la capacité de travail de l'intéressé sous l'angle psychique. Au final, le psychiatre traitant fait état, tout comme le recourant dans ses écritures, d'une situation financière, sociale et personnelle difficile, soit des problématiques étrangères à la situation médicale pertinente sous l'angle de l'assurance-invalidité.

14. Au-delà de l'aspect psychique, demeure à examiner si, de manière globale, la reconnaissance d'une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée est convaincante.

Concernant tout d'abord la période antérieure à la chute du 28 février 2021, les médecins traitants évaluent tous la capacité de travail du recourant comme nulle dans toute activité depuis septembre 2016 (sous réserve du Dr V_____ qui fait état, dans son rapport du 15 mars 2021, d'une capacité de travail de deux à trois heures par jour dans une activité adaptée). Force est cependant de constater qu'aucun d'entre eux ne motive son appréciation, se contentant tout au plus de renvoyer aux douleurs occasionnées lors de marches de plus de 15 minutes ou de maintien de la station debout. Quand bien même les experts ont étendu, à juste titre, les limitations fonctionnelles retenues par les médecins traitants (en y intégrant : pas de marche en terrain inégal, pas d'échelle ni d'échafaudage, pas d'escalier de manière itérative), il est évident qu'il existe encore un nombre significatif d'activités adaptées que le recourant est en mesure d'exercer à plein temps sans perte de rendement.

Pour ce qui est ensuite de la partie de l'expertise relative à la fracture du scaphoïde carpien droit, et notamment des limitations fonctionnelles y relatives, la Cour de céans relève qu'elle ne fait pas partie de l'objet du litige et qu'elle ne sera conséquemment pas prise en compte dans l'appréciation de l'éventuelle invalidité.

En effet, selon une jurisprudence constante, une aggravation de l'état de santé ne justifie pas, en principe, un nouveau cas d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral

9C_592/2015 du 2 mai 2015 consid. 3.2). Toutefois, si les causes de l'invalidité sont matériellement différentes, un nouvel événement assuré survient (arrêts du Tribunal fédéral 8C_93/2017 du 30 mai 2017 consid. 4.2 et 9C_592/2015, déjà cité, consid 3.2). La jurisprudence a également admis qu'un nouveau cas d'assurance pouvait survenir même si une première atteinte à la santé était toujours présente et causait une incapacité de travail lorsqu'une nouvelle atteinte à la santé totalement distincte apparaissait (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_697/2015 consid. 5).

En l'espèce, la fracture du scaphoïde carpien du 28 février 2021 constitue une nouvelle atteinte à la santé totalement distincte des autres dont souffre le recourant. Elle constitue ainsi un nouveau cas d'assurance ouvrant un nouveau délai d'attente d'un an venu à échéance le 28 février 2022, soit postérieurement à la décision de l'intimé. Il ne fait donc pas partie de l'objet du litige. La Cour de céans relève en outre que les experts font état sur ce point de limitations d'épargne, provisoires, dans un contexte évolutif et « jusqu'au moment où le cas sera stabilisé », de sorte qu'il n'est pas établi que l'atteinte a perduré jusqu'à la fin du délai d'attente.

Au vu de ces éléments, il apparaît que l'expertise du W_____ sur laquelle l'intimé s'est fondé pour rendre sa décision n'est pas critiquable et emporte la conviction. C'est notamment de manière fondée qu'elle retient chez le recourant, sous réserve de deux périodes transitoires, de deux mois chacune, postérieures aux interventions des 7 septembre et 5 décembre 2019, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche en terrain inégal, pas d'échelle ni d'échafaudage, pas d'escalier de manière itérative, pas de station debout prolongée.

15. Reste à examiner l'évaluation du degré d'invalidité par l'intimé.

15.1 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).

15.2 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).

15.3 Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, 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 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à

la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

15.4 Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, il n'est pas nécessaire de les chiffrer précisément, dans la mesure où le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail. Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1 et les références).

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

Cette évaluation revient 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).

16. En l'espèce, pour ce qui est du revenu sans invalidité, l'intimé expose dans la décision querellée s'être trouvé dans une situation où il était difficile de le déterminer avec précision au vu des gains fluctuants du recourant. Cette affirmation est corroborée par l'extrait du compte individuel AVS de l'intéressé qui fait état de revenus oscillant entre CHF 1'020.- (1995) et CHF 46'950.- (2003),

sans qu'il ne soit jamais possible de dégager une quelconque stabilité, ou même une tendance, durant toute la période d'exercice de l'activité lucrative, soit entre 1994 et 2016. Dès lors, c'est à juste titre que l'OAI s'est fondé sur les tabelles statistiques, plus particulièrement la ligne « total activités simples et répétitives, tous secteurs confondus, sans qualification requise, pour un homme exerçant une activité à 100% ».

S'agissant du revenu avec invalidité, l'intimé s'est basé sur les mêmes données que pour l'évaluation du revenu sans invalidité. Compte tenu de l'éloignement du marché du travail du recourant depuis septembre 2016, cette méthode de comparaison se justifie et le salaire avec et sans invalidité peut ainsi être établi sur la base des salaires statistiques.

Le recourant ne critique d'ailleurs pas, à juste titre, la méthode choisie. Il reproche pour l'essentiel à l'intimé de ne pas avoir retenu un abattement sur le revenu d'invalide, du fait des atteintes à la santé dont il souffre et qui affecteraient son rendement. Un tel abattement se justifierait et lui permettrait, au minimum, de bénéficier d'une mesure de reclassement.

À cet égard, la Cour de céans rappelle qu'elle doit faire preuve de retenue lorsqu'elle est amenée à examiner l'octroi ou le refus d'un abattement sur le salaire statistique par l'administration. Or, in casu, l'appréciation de l'intimé ne paraît guère critiquable. On ne voit en effet pas en quoi le rendement du recourant serait affecté dans l'exercice d'activités simples et répétitives - dont un marché équilibré du travail offre un nombre significatif (par exemple des tâches de surveillance, d'accueil, de réception, de vérification ou de contrôle) - accessibles sans formation autre qu'une simple mise au courant et respectant les limitations fonctionnelles découlant de l'atteinte au talon d'Achille. C'est ainsi à juste titre que l'intimé n'a procédé à aucun abattement sur le gain d'invalide.

En outre, il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009) et il faut démontrer une perte de gain de 20% environ pour se voir ouvrir, en principe, une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités). Or, même si, par impossible, il convenait de considérer l'octroi d'un abattement dans le cas d'espèce, celui-ci serait, au vu des circonstances, largement insuffisant pour occasionner une perte de gain de cette ampleur et justifier une mesure de reclassement.

17. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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