RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1561/2021 **ATAS/539/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 juin 2022

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER	recourant

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, originaire du Kosovo, est arrivé en Suisse le 27 décembre 2007. Il est marié et père de trois enfants nés respectivement en 1995, 1996 et 1997. Il a fait une école secondaire en économie au Kosovo de 1983 à 1987 et a depuis 2019 un niveau de français A1.

b. Détenteur d'un permis F, l'assuré vit avec sa famille à Genève et suit un programme santé migrants des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour diverses problématiques de santé, soit plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire (obésité, suspicion d'hypertension diastolique qui n'a pas pu être confirmée lors d'un enregistrement de pression artérielle de 24h en 2016, mais suspectée en raison de la présence de complications [hypertrophie ventriculaire gauche à l'électrocardiogramme, paroi du ventricule gauche discrètement épaissie avec remodelage concentrique à l'échographie]). Il a été pris en charge par tympanoplastie de type III le 30 janvier 2017 en raison d'une surdité mixte de l'oreille gauche avec séquelles post-otitique et surdité mixte de l'oreille droite. Il est par ailleurs suivi de longue date par le service de psychiatrie pour un trouble dépressif récurrent et est au bénéfice d'un traitement psychotrope (Efexor, Rivotril) selon le certificat médical des docteurs B_____ et C_____ du 25 juin 2019.

B. **a.** L'assuré a adressé, le 25 octobre 2019, une demande de prestations à l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), dans laquelle il a indiqué être en incapacité de travail à hauteur de 50% depuis 2009, et plusieurs pièces en lien avec son parcours professionnel dont un contrat de travail du 30 août 2011, avec l'entreprise D_____, pour un emploi d'aide monteur en échafaudage à un taux de 20%.

b. Selon son extrait de compte individuel, l'assuré a annoncé des salaires annuels de CHF 3'213.- en 2011 de l'entreprise D_____, puis de CHF 15'000.- en 2012, de CHF 8'000.- en 2013, de CHF 10'000.- en 2014, de CHF 11'000.- en 2015, de CHF 9'000.- en 2016, de CHF 10'000.- en 2017 et de CHF 11'000.- en 2018 versés par E_____.

c. Selon un rapport médical de la docteure F_____, psychiatre traitante de l'assuré depuis le mois de novembre 2018 au sein du centre ambulatoire de psychiatrie G_____, ce dernier avait vécu la guerre au Kosovo. Il avait été emprisonné à deux reprises et avait été torturé au point de tomber dans le coma. Dans son pays d'origine, il avait travaillé comme conducteur de taxi. En Suisse, il avait travaillé dans le domaine de la construction. Les troubles annoncés étaient un trouble dépressif récurrent, un trouble anxieux sans précision, une obésité, une hypoacousie bilatérale et une tympanoplastie (septembre 2016) de type III à gauche ; le patient était en tenue et hygiène correcte, sans troubles de l'attention

ou de la concentration, mais un ralentissement psychomoteur, une hypomimie, thymie triste, affects congruents, peu mobilisable, pas d'idée noire. Le discours était cohérent, ralenti, monotone, informatif, peu spontané, sans idées délirantes ; il n'y avait pas d'hallucination auditive depuis 2016 (parfois une voix l'appelait) ; pas de trouble de l'appétit ou du sommeil, pas de consommation de toxiques. L'évolution était légèrement favorable, mais il y avait une persistance des symptômes dépressifs. Au vu des troubles annoncés, la docteure retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen F33.1, et de trouble anxieux sans précision F41.9. Le patient suivait un traitement de Venlafaxine de 75 mg/jour, et depuis une année de 150 mg/jour. Il était préconisé d'augmenter la dose à 200 mg/jour et de l'associer à une psychothérapie et à un traitement antipsychotique à évaluer. Sans traitement, le pronostic était mauvais, mais avec le traitement, il pouvait s'améliorer légèrement. Cependant, au vu du tableau clinique du patient et de l'évolution depuis le début de la maladie, des symptômes dépressifs résiduels persisteraient.

d. L'assuré a consulté le service des urgences des HUG en raison de cervicalgie, dorsalgie et lombalgie le 5 novembre 2019. Il avait déjà souffert d'épisodes similaires par le passé, mais de moindre intensité. Il faisait de la course 2 à 3h par jour. La docteure consultée, la docteure H_____, a pris en charge le problème de lombalgie et a préconisé un traitement de Tizanidine (myorelaxant) pour 7 à 10 jours, du Paracétamol et de l'Ibuprofène.

e. Interrogée par l'OAI, la Dre F_____ a rédigé un certificat le 13 décembre 2019 dans lequel elle a indiqué que d'un point de vue strictement psychiatrique les atteintes à la santé, soit un trouble dépressif récurrent et un trouble anxieux sans précision, avaient des répercussions sur la capacité de travail du patient, laquelle était dans une activité strictement adaptée de 30%, maximum 2 à 3h par jour dans un premier temps. Son patient pouvait s'imaginer exercer une activité de nettoyage. Au quotidien, il se réveillait vers 8h00, allait à ses cours de français deux fois par semaine ou se promenait ; il faisait environ 1h de marche par jour. L'après-midi, il restait chez lui, regardait la télévision. Il sortait parfois le week-end avec ses enfants ; il réalisait les tâches domestiques ; son réseau social était restreint, se limitant à sa famille et quelques connaissances ; il décrivait peu d'activités de loisirs, il jouait parfois au foot avec ses enfants. Il pouvait compter sur son épouse et ses enfants, mais présentait des difficultés relationnelles et sociales ; le réseau social était pauvre. Il manquait de confiance en lui et présentait une anxiété envahissante importante devant la réalisation de tâches, de la passivité, la réduction des intérêts même dans les activités de loisirs, des difficultés interpersonnelles, sociales et professionnelles. Il avait cependant rapporté une amélioration de sa thymie et de sa motivation depuis l'augmentation de son traitement en juillet 2019 ; l'observance thérapeutique était bonne.

f. Le docteur I_____, médecin traitant, a rempli à la demande de l'OAI, le 6 septembre 2020, un formulaire au sujet de son patient, lequel ne pouvait pas

exercer de travail demandant le port de charges, mais un travail requérant un effort physique à 20% ; le médecin ne pouvait pas se prononcer sur un travail de bureau. Les diagnostics qui avaient une répercussion sur la capacité de travail étaient des lombalgies aigues non déficitaires (2019), des gonalgies sur arthrose probable (2019), une surdité, des troubles dépressifs et l'obésité. Les lombalgies étaient bien contrôlées par le Paracétamol et la physiothérapie, les gonalgies (dont le patient se plaignait depuis un an (2019)) étaient partiellement contrôlées par le Dafalgan et la physiothérapie, et la surdité était stable. Le médecin notait au premier plan des symptômes psychiatriques. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges et la marche. Son patient faisait des courses avec l'aide de ses enfants, mais sa belle-fille faisait le ménage et la cuisine. Il faisait parfois le ménage quand sa belle-fille n'était pas là.

g. Le docteur J_____, du service médical régional de l'OAI (SMR), a recommandé par avis du 13 juillet 2020 une expertise pluridisciplinaire avec des spécialistes en rhumatologie, médecine interne et psychiatrie.

h. Le 6 juillet 2020, l'assuré a fait un infarctus du myocarde pris en charge par les HUG.

i. L'expertise a été confiée à trois médecins, le docteur K_____, psychiatre, le docteur L_____, spécialiste en médecine interne générale, et le docteur M_____, rhumatologue. Les experts sont parvenus à une évaluation consensuelle. L'expertisé présentait un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, épisode alors léger, avec un premier épisode très probablement suite à la maltraitance dont il a été victime au Kosovo (ce qui ne l'a pas empêché de reprendre son travail dans un taxi), un 2ème épisode en 2019 et un 3ème après son infarctus en juillet 2020, avec l'apparition progressive de douleurs au genou et douleurs rachidiennes, cervicales et lombaires. Les radiographies faites lors de l'examen ont montré une discopathie en C5-C6 et C6-C7, modérée, une chondropathie débutante et un syndrome fémoro-patellaire, soit des atteintes dégénératives ; les douleurs étaient probablement aggravées par l'obésité. Néanmoins depuis le mois de mai 2020, l'expertisé ne prenait plus d'anti-inflammatoires et ne faisait plus de physiothérapie. Au mois de juillet 2020, il avait fait un infarctus du myocarde ayant nécessité l'implantation de deux stents actifs. Le contrôle bi ventriculaire semblait normal sans dilatation des cavités cardiaques ; il persistait toutefois des arguments pour une ischémie du myocarde avec diminution de la réserve coronarienne. Tous les traitements prescrits étaient adéquats et suivis ; il n'y avait pas d'option thérapeutique à part celle de diminuer le poids et la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires. La surdité était sans impact sur la capacité de travail. Les experts s'interrogeaient sur la persistance d'enzymes hépatiques et la CDT perturbée, alors qu'aucune notion de dépendance à l'alcool ne figurait au dossier et aucun signe clinique n'avait été observé pendant les entretiens ; les plaintes consistaient en des douleurs lombaires et cervicales, la fatigue, l'absence de force, l'anxiété à l'idée de refaire un

infarctus. L'examen clinique avait mis en évidence une douleur lombaire et cervicale sans irradiation avec une légère diminution des amplitudes, une douleur des genoux sans limitation des amplitudes, sans épanchement, avec douleur à la palpation de trois compartiments ; la fonction bi ventriculaire était normale sans dilatation des cavités, mais il existait des arguments pour une ischémie myocardique avec diminution de la réserve coronarienne et hypertension artérielle traitée, avec une valeur normale, l'obésité, une tristesse et une anxiété à l'idée de refaire un infarctus. Les limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique consistaient à ne pas faire d'efforts de soulèvement de plus de 10 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charges limité à 15 kg proche du corps, pas de position à genoux et accroupi, pas de travail en hauteur (échafaudage, échelle, tabouret, escabeau), limiter les montées et descentes répétées d'escaliers. Les limitations fonctionnelles d'ordre de la médecine interne consistaient en des douleurs en fonction des efforts physiques, une limitation du test d'effort par l'apparition de symptômes (apparition d'angor, de dyspnée, d'épuisement, de signe d'ischémie à l'électrocardiogramme ou IRM, cette dernière évoquant récemment une diminution de la réserve coronaire et une ischémie myocardique résiduelle d'efforts). Enfin, les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient une tristesse et une anxiété anticipatoire à l'idée de refaire un infarctus. S'agissant de l'évaluation des ressources et des facteurs de surcharge, les experts ont constaté qu'il n'y avait pas de surcharge chez l'expertisé qui n'effectuait aucun geste de la vie quotidienne pour l'entretien de la maison, lequel était confié à sa famille. L'expertisé était capable de s'adapter à des règles et des routines ; il savait planifier et structurer ses tâches et possédait de la flexibilité ; il avait la capacité de changement et pouvait mobiliser ses compétences et ses connaissances même s'il exposait avoir été très perturbé depuis son infarctus, quatre mois plus tôt. L'expertisé était apte à prendre des décisions, capable d'initiatives et d'activités spontanées ; il s'affirmait et tenait des conversations, savait établir le contact avec les tiers, mais se liait d'amitié qu'avec des personnes parlant sa langue. Il était apte à vivre des relations. Il pouvait prendre soin de lui, subvenir à ses besoins ; il disposait de la mobilité, pouvait se déplacer malgré quelques difficultés. Il était très soutenu par ses enfants, surtout par son fils aîné. Sa capacité de résistance et d'endurance était légèrement diminuée. S'agissant de la cohérence, l'expert rhumatologue indiquait que l'importance des réductions des activités dans la vie quotidienne ne correspondait pas aux constatations objectives et radiologiques ; l'expert en médecine interne et l'expert en psychiatrie constataient que les plaintes étaient cohérentes et plausibles. La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était de 0% d'un point de vue rhumatologique depuis 2018, et d'un point-de-vue de la médecine interne depuis le 6 juillet 2020. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% depuis toujours du point de vue rhumatologique. Il en était de même sur le plan de la médecine interne générale, mais dans les travaux effectués avec contrainte temporelle ou ceux qui engendrent une sensation subjective de contrainte psychosociale (stress),

la capacité pouvait ne plus être exigible. Il en allait de même du travail de nuit. L'expert rhumatologue préconisait une perte de poids, de la physiothérapie et des antalgiques. L'expert en médecine interne proposait de continuer la lutte contre les facteurs de risque cardiovasculaire. L'expert psychiatre s'interrogeait sur la compliance médicamenteuse de l'expertisé et la possibilité de changer les molécules psychotropes, mais cela ne peut pas être une exigence.

j. Dans le volet psychiatrique de l'expertise, l'expert a constaté que l'assuré était bien orienté dans le temps, l'espace et concernant la situation. Il a quelques troubles de la mémoire et de la concentration. Il ne rapportait pas de trouble du registre psychotique, n'avait pas d'hallucinations auditives, visuelles cénesthésiques ou olfactives ni de délires, notamment de persécution. Il n'évoquait ni idée interprétative, ni idée de concernement, simple ou délirante. Il ne présentait ni euphorie, ni phase maniaque. Il disait être triste depuis son infarctus. Il avait eu peur de mourir. Il a un sentiment d'infériorité et de dévalorisation. Il n'a pas d'idées noires et n'a jamais fait de tentative de suicide, n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique, bien qu'il a expliqué s'être souvent rendu aux urgences psychiatriques en raison de crises d'angoisse avec serrement dans la poitrine et difficultés à respirer. Il a peur de sortir et des endroits où il y a beaucoup de monde et évite de sortir seul depuis l'infarctus. Il n'a pas de troubles obsessionnels compulsifs. Il ne souffre pas d'anorexie ni de boulimie. Il a rapporté quelques flash-back en rapport avec la guerre des Balkans, ainsi que des cauchemars. L'expert a constaté concernant le registre dépressif que l'assuré présentait une tristesse et une humeur dépressive d'un degré plutôt léger. Il n'y avait pas de signe clinique en faveur d'un ralentissement psychomoteur. L'élan vital était relativement conservé. L'expertisé pouvait fonctionner normalement dans la vie quotidienne, ce qu'il ne pourrait pas faire s'il souffrait d'un trouble dépressif moyen ou sévère. L'expert n'a pas retenu que l'atteinte psychique réduisait la capacité de travail de l'expertisé.

k. L'expert en médecine interne a retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail uniquement l'insuffisance coronaire avec infarctus du myocarde transmucal focal apico-septal en juillet 2020. Les autres atteintes n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. La capacité de travail dans l'ancienne activité était nulle depuis le 6 juillet 2020, mais pleine dans une activité adaptée trois mois après l'infarctus.

l. L'expert rhumatologue a retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail des cervicalgies sans irradiation sur discopathie C5-C6 et C6-C7 modérée, M51.3, des douleurs aux genoux sur chondropathie débutante et syndrome fémoro-patellaire, M22.2, et des lombalgies variables, inconstantes et sans irradiation sur probable atteinte dégénérative, M51.9. Dans une activité adaptée à ses limitations (pas faire d'efforts de soulèvement de plus de 10 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charges limité à 15 kg proche du corps, pas de position à genoux et accroupi, pas de travail en hauteur

(échafaudage, échelle, tabouret, escabeau), limiter la montée et descente des escaliers répétées), sa capacité de travail est entière sans limitation.

C. **a.** Par projet de décision du 7 janvier 2021, l'assuré a été informé que sa demande était rejetée, le taux d'invalidité de 15% ne donnant pas droit à des prestations sous forme de rente et les mesures professionnelles n'étant pas indiquées. L'OAI, se fondant sur le tableau ESS TA et une réduction de 15%, a établi un revenu avec invalidité de CHF 58'086.- et un revenu annuel sans invalidité de CHF 68'336.-, soit un taux d'invalidité de 15%.

b. Le 29 janvier 2021, l'assuré a fait opposition à ce projet de décision et a demandé une rente d'invalidité entière.

c. Par décision du 7 avril 2021, l'OAI a refusé la demande de l'assuré pour les mêmes motifs que dans son projet de décision du 7 janvier 2021.

D. **a.** Le 5 mai 2021, le Conseil de l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) contre la décision du 7 avril 2021. Il relevait trois griefs : l'expertise sur laquelle s'était fondé l'OAI ne contenait pas de réponse à la question posée aux experts au sujet du rendement envisageable de l'assuré, aucune activité adaptée n'était proposée par les experts et l'on ne comprenait pas pourquoi le cas n'avait pas été envoyé au service de réadaptation pour évaluation à tout le moins et, finalement le médecin traitant avait retenu une capacité de travail de 20% et la psychiatre traitante de 30%, point qui n'était pas discuté dans l'expertise. Le recourant concluait, sous suite de frais et dépens de la procédure, à l'ouverture des enquêtes, à l'audition des experts et de sa psychiatre traitante et, principalement, à l'annulation de la décision du 7 avril 2021 et à l'allocation d'une rente ordinaire entière dès le 25 octobre 2019, subsidiairement à la mise en œuvre d'une mesure de placement professionnel.

b. Par acte du 3 juin 2021, l'autorité intimée a conclu au rejet du recours, l'expertise pluridisciplinaire devant se voir reconnaître une pleine valeur probante car elle avait été rédigée par des spécialistes à la suite de l'examen clinique du recourant et répondait aux réquisits de la jurisprudence. Le recourant n'alléguait d'ailleurs pas de moyens nouveaux susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expertise, les experts s'étaient prononcés sur ce qui pouvait être attendu de l'expertisé dans l'exercice d'une activité adaptée et sa capacité de travail était de 100%. Il n'y avait pas de diminution de rendement, les limitations fonctionnelles autorisaient toute activité sédentaire légère sans travail de force ; il n'était pas requis de lister l'ensemble des professions encore accessibles dont le marché primaire de l'emploi offrait un large éventail.

c. Le 10 juin 2021, l'assuré a répliqué. La question de la performance n'avait pas été abordée par les experts, aucune question sur une hypothétique activité adaptée aux limitations fonctionnelles n'avait été posée aux experts et ceux-ci n'avaient pas répondu à la question concernant le rendement exigé.

d. Dans sa duplique, l'OAI a indiqué que toutes les questions avaient été posées aux experts et ceux-ci avaient estimé que le rendement dans une activité adaptée était de 100% ; il n'y avait donc pas de baisse de rendement.

e. L'expert psychiatre a été entendu par la chambre de céans le 17 mai 2022. Il a confirmé qu'avec les deux autres experts, ils étaient parvenus à une évaluation consensuelle. Chaque expert avait reçu l'expertisé et avait rédigé sa partie d'expertise. En tant qu'expert principal, il avait ensuite lui-même rédigé la partie consensuelle de l'expertise à la suite d'un échange entre les trois experts. Il a exposé avoir pris des renseignements écrits auprès de la psychiatre traitante et a expliqué les raisons pour lesquelles, selon les éléments décrits par cette dernière, elles le laissaient plutôt penser à un trouble dépressif léger. Il ne retenait pas de trouble anxieux contrairement à la psychiatre traitante et n'avait pas observé chez l'expertisé d'élément en faveur d'un état anxieux généralisé qui pouvait être invalidant. Durant les trois examens de l'expertise, l'expertisé ne s'était pas montré angoissé. Il avait simplement évoqué une anxiété quant à l'éventualité de faire un nouvel infarctus. L'expert a repris l'ensemble des éléments évoqués par la psychiatre traitante et est parvenu à la conclusion que l'atteinte psychique n'était pas invalidante au regard des critères pertinents. Ses plaintes étaient cohérentes et plausibles. L'expertisé possédait encore une pleine capacité de travail. S'agissant du rendement envisageable, les trois experts l'auraient indiqué s'il y avait une réduction de rendement, ce qui n'était pas le cas dans une activité adaptée aux limitations retenues par l'expert rhumatologue.

f. À la suite de cette audience, le recourant a fait valoir ses dernières conclusions et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. **1.1** 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.

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

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en

revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Déposé après le 1er janvier 2021, le recours sera donc traité sous l'angle du nouveau droit de la LPGA (cf. ATAS/360/2021 du 15 avril 2021 consid. 3).

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

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

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

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, compte tenu de la suspension des délais du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'étendue de sa capacité de travail.

3.1 Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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

3.2 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). 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 (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.).

3.3 La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré, car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent 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).

3.4 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 141 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).

3.5 Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs ; ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a).

3.6 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).

4.

4.1 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).

4.2 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.

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).

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

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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).

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).

4.3 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). 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).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).

4.4 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

4.5 La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273 consid. 4).

4.6 Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, *in* VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, *in* RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, *in* RCC 1989 p. 328).

4.7 Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité.

L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références; voir aussi ATF 138 I 205 consid. 3.2).

5. En l'espèce, le recourant a fait grief à l'intimé de ne pas avoir posé la question aux experts du rendement attendu de lui et à ces derniers de ne pas s'être prononcés sur ledit rendement. Le recourant reproche également à l'intimé de ne pas avoir indiqué des activités adaptées à ses atteintes à la santé et enfin aux experts de ne pas avoir discuté des avis de la Dre F_____ qui retenait une capacité de travail de 30% et du Dr I_____ qui retenait 20%.

5.1 En l'occurrence, après avoir recueilli des avis des médecins traitants du recourant dont sa psychiatre traitante et du Dr I_____, médecin interne aux HUG, l'intimé a jugé qu'il était nécessaire d'ordonner une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet psychiatrique, un volet rhumatologique et un volet de médecine interne.

Trois experts ont ainsi été nommés et ils se sont prononcés à l'issue de l'étude circonstanciée du dossier, en pleine connaissance de l'anamnèse, après des examens cliniques complets de l'expertisé, en prenant en considération les plaintes exprimées par ce dernier et les explications qu'il a fournies notamment sur ses activités et limitations. Le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont clairement exposés et les conclusions médicales ont été dûment motivées par les experts qui sont parvenus à des conclusions consensuelles. L'expertise menée par trois spécialistes, dont un spécialiste en médecine interne comme le veut la procédure en matière d'expertise pluridisciplinaire, est en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels et a en soi pleine valeur probante.

6. S'agissant des griefs soulevés par le recourant quant au rendement possible dans une activité adaptée et quant à la prétendue absence de discussion sur l'avis de la psychiatre traitante, ils sont infondés pour les raisons suivantes :

L'expert psychiatre entendu en audience a confirmé au sujet du rendement, comme l'avait exposé l'intimé, que les experts n'avaient pas retenu de baisse de rendement, raison pour laquelle l'expert principal, le psychiatre, en charge de rédiger l'avis consensuel, ne l'avait pas indiqué. Le grief est dès lors infondé.

Sur le plan psychiatrique, l'expert a exposé pourquoi, contrairement à la psychiatre traitante, il retenait que le trouble dépressif était léger et associé à un trouble anxieux réactionnel à l'infarctus de juillet 2020. Il est faux de dire que l'expert n'a pas discuter l'avis de la psychiatre traitante dans l'expertise. Par ailleurs, l'expert a détaillé plus avant son avis lors de l'audience, en relevant les éléments mentionnés par la psychiatre traitante qui plaidaient également en faveur d'une dépression légère. L'avis de l'expert est celui d'un spécialiste. L'expert a motivé son avis et a pris en considération les éléments avancés par les médecins

traitants, les plaintes exprimées par l'expertisé, jugées plausibles et cohérentes, l'anamnèse complète et ses observations cliniques. L'expert a en outre pris contact avec la psychiatre traitante et a rapporté l'avis de cette dernière en exposant pour quelle raison le sien était légèrement divergeant quant à la gravité de l'atteinte et à ses répercussions sur la capacité de travail. Le diagnostic et les répercussions sur la capacité de travail de l'assuré sont confirmés par les explications de ce dernier en particulier sur le déroulement de ses journées, ses ressources, sa famille, ses habitudes, ses plaintes et son traitement (une consultation psychiatrique par mois et un traitement médicamenteux depuis plusieurs années).

Sans nier l'atteinte à la santé de l'expertisé, l'expert a constaté que les troubles de l'expertisé avaient entraîné des décompensations à des moments précis de sa vie, mais que sa capacité de travail avait toujours été du point de vue psychiatrique de 100%. L'anamnèse de l'expertisé montre à cet égard que malgré son trouble dépressif et anxieux, l'expertisé a toujours gardé des ressources pour travailler tant au Kosovo qu'en Suisse jusqu'en 2018. Le recourant n'a jamais subi d'hospitalisation pour des motifs psychiques bien qu'il se soit rendu plusieurs fois en urgence à l'hôpital pour des crises d'angoisse. S'agissant du contexte social, l'expert a pris en compte que le recourant était marié et père de trois enfants majeurs dont il était proche et avec lesquels il vivait. Il bénéficiait d'un fort soutien de sa famille, de son épouse, de ses enfants et de sa belle-fille, lesquels prenaient en charge la majorité des tâches ménagères et les courses. Le recourant rendait des visites à des membres de sa famille au Kosovo, une fois par an, la dernière fois en 2018, avait trois amis en Suisse avec lesquels il faisait parfois des promenades. Il allait rarement au restaurant, mais y célébrait les anniversaires de ses enfants et sortait le week-end avec ses enfants lorsque ceux-ci l'emmenaient avec eux. Ces éléments concrets permettaient à l'expert de conclure à l'existence d'un contexte familial et social préservé. L'expert relevait ainsi que malgré son trouble dépressif léger, le recourant avait toujours eu des ressources personnelles et des mécanismes d'adaptation au cours de son existence. L'expert était ainsi fondé à s'écarter de la capacité de travail de 30% retenue par le médecin traitant de l'assuré. Les conclusions de l'expert en psychiatrie, basées sur l'examen clinique, le dossier, les plaintes, sont dûment motivées et convaincantes. Elles ne peuvent pas être remises en cause par les constatations de la psychiatre traitante, en particulier pour l'évaluation de la capacité de travail.

S'agissant de la discussion sur l'avis du médecin I_____, les griefs du recourant sont également infondés. Le volet rhumatologique a été établi par un expert spécialiste en la matière qui a pris en compte les pièces médicales du dossier et les résultats d'examens qu'il avait lui-même sollicités pour compléter l'expertise. Il a relevé les plaintes de l'expertisé, fait des constatations lors d'un examen clinique et pris en considération les traitements suivis par l'expertisé par le passé (dans la mesure où au jour de l'expertise, l'assuré indiquait ne plus prendre d'antalgique ni faire de physiothérapie). Cet expert a relevé une discrépance entre les plaintes de

l'assuré et les constats cliniques et compte tenu de l'absence de traitement suivi. L'importance des réductions dans les activités de la vie quotidienne ne correspondaient pas aux constatations cliniques et radiologiques. L'expert a néanmoins retenu des limitations fonctionnelles à respecter pour permettre une capacité de travail pleine dans une activité adaptée. L'avis de l'expert tient dès lors compte des diagnostics d'ordre rhumatologique retenus sur la capacité de travail. Ses conclusions à cet égard sont motivées et convaincantes. Elles ne sauraient être remises en cause par l'avis du Dr I_____, médecin interne et non spécialisé en rhumatologie. En outre, il convient de relever qu'au contraire de l'expert, le Dr I_____ a simplement indiqué que son patient ne pouvait pas exercer de travail demandant le port de charge, mais un travail requérant un effort physique à 20%, sans pouvoir se prononcer sur un travail de bureau. En outre, les diagnostics qu'il a retenus comprenaient des lombalgies aigues non déficitaires et des gonalgies depuis 2019 qui étaient selon lui bien contrôlées par le Paracétamol, l'Ibuprofen et la physiothérapie. L'avis de ce médecin, contredit par l'expert, ne permet pas de comprendre pourquoi des douleurs qu'il juge bien contrôlées par des médicaments et de la physiothérapie, ainsi qu'une surdité stable et l'obésité présente de longue date chez son patient (avant son incapacité de travail), réduiraient la capacité de travail du patient de 80%. Pour ces motifs, son avis ne peut se voir reconnaître une force probante. Il sera dès lors renoncé à son audition par appréciation anticipée des preuves.

En revanche, l'avis de l'expert qui a précisé de manière motivée que la capacité de travail de l'expertisé était entière dans une activité adaptée sans limitation, ainsi que ses conclusions, sont motivés et compréhensibles, de sorte qu'on doit leur accorder une pleine valeur probante.

L'on ne peut pas admettre le grief du recourant quant à l'absence de discussion par l'expert de l'avis du médecin traitant, dans la mesure où l'expert a apporté des conclusions différentes quant au pourcentage de capacité de travail en les motivant et sans remettre en cause les diagnostics de gonalgies et de lombalgies retenus par le médecin traitant.

Le troisième expert, spécialiste en médecine interne, s'est prononcé plus spécifiquement sur les conséquences de l'infarctus sur la capacité de travail et a retenu, sans que son avis ne soit contesté, que trois mois après l'infarctus, l'expertisé jouissait à nouveau d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le recourant a d'ailleurs, à teneur du dossier, quitté les HUG en pleine forme selon les médecins l'ayant pris en charge en juillet 2020. L'expert a nié que les diagnostics d'obésité, d'hypoacousie et d'hypertension aient une répercussion sur la capacité de travail, ce qui apparaît cohérent, l'expertisé ayant présenté ces atteintes non invalidantes de longues dates sans qu'elles n'aient réduit sa capacité de travail. En répondant de la sorte aux questions qui lui étaient posées, l'expert en médecine interne, à l'instar des deux autres experts, a implicitement nié, force est de le constater, une perte de rendement due à l'atteinte retenue. En effet, s'il avait

considéré qu'une baisse de rendement était attendue, il lui aurait appartenu de l'indiquer, ce qu'il n'a pas fait.

Pour le surplus, le recourant n'apporte pas d'éléments médicaux propres à remettre en cause l'expertise qui doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans se ralliera aux conclusions des experts s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail du recourant. Il y a ainsi lieu d'admettre que ce dernier présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans diminution de rendement. Partant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1), la chambre de céans ne donnera pas suite à la demande d'audition des autres experts, de la Dre F_____ et du Dr I_____.

7. Les modalités du calcul de l'invalidité opéré par l'autorité intimée (méthode ordinaire de comparaison des revenus, montant de ces derniers) ne sont pas remises en cause. L'évaluation du degré d'invalidité opérée par l'autorité intimée peut par conséquent être confirmée. C'est donc à juste titre qu'un taux d'invalidité de 15% a été retenu.

8. Enfin, compte tenu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvrent les secteurs de la production et des services, tels que retenu par l'intimé dans sa décision, on doit convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères (sans ports de charges, ni travaux lourds) et sont donc adaptées aux atteintes du recourant, telles qu'elles ont été décrites par les experts.

9. Quant aux mesures de reclassement sollicitées à titre subsidiaire, l'on rappellera que 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).

En l'espèce, l'expertise ayant retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, de telles mesures ne peuvent pas être prononcées.

10. Au vu de ce qui précède, la décision attaquée sera confirmée et le recours rejeté.

11. 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. Renonce à la perception d'un émolument.
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
Nathalie LOCHER	Marine WYSSENBACH

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