RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2544/2020 **ATAS/1064/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 octobre 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (APAS)	recourant
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1990, travaillait, depuis le 9 janvier 2012, en tant que ferrailleur pour le compte de B_____ SA, lorsqu'il a été victime, le 28 septembre 2012, d'une chute sur un chantier, avec traumatisme du genou gauche.

Les suites de cet accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA).

b. L'IRM réalisée le 22 octobre 2012 a notamment montré une déchirure de grade II de la corne postérieure du ménisque interne et de grade III de la corne postérieure du ménisque externe.

c. Le 27 mars 2013, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une déchirure du ménisque, de degré III.

d. Du dossier constitué par l'OAI, lequel comprend les pièces rassemblées par la SUVA, il ressort notamment que :

- L'assuré a subi une méniscectomie externe du genou gauche en date du 29 août 2013 et une synovectomie partielle et ablation de la corne postérieure du ménisque externe du genou gauche en date du 16 juin 2014 ;
- Le diagnostic de syndrome de la bandelette ilio-tibiale a été retenu et une allogreffe méniscale a été discutée avec l'assuré et sa famille (cf. rapport du 18 février 2015 du docteur C_____, médecin interne) ;
- Sur avis de son service médical régional (ci-après : SMR) du 13 mai 2015, l'OAI a mandaté, pour expertise, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie ;
- Lors d'un appel téléphonique du 7 septembre 2015, la Dresse D_____ a informé l'OAI que l'assuré allait subir une intervention chirurgicale lourde, sous la forme d'un changement de ménisque (allogreffe) et que la convalescence post-opératoire était estimée à un an au mois. Dans de telles conditions, la Dresse D_____ souhaitait connaître la suite à donner au mandat d'expertise ;
- En raison de l'intervention chirurgicale précitée et du délai de convalescence postopératoire, le SMR a annulé le mandat d'expertise en date du 12 novembre 2015 ;
- Le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, a conclu, dans un rapport du 23 mars 2016, que si l'ancienne activité de ferrailleur ne pouvait plus être exigée de l'assuré, compte tenu de ses lésions méniscales et cartilagineuses engendrant un risque d'évolution vers une gonarthrose, on pouvait en revanche s'attendre à ce qu'il occupe à plein temps une profession exercée essentiellement en position

assise, lui permettant d'éviter les déplacements répétés dans les escaliers, le port répété de charges supérieures à 10kg, les positions agenouillées et les montées d'échelles ;

- Compte tenu notamment de l'appréciation précitée du médecin d'arrondissement de la SUVA, le SMR a considéré, dans un avis du 25 avril 2016, que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée et ce depuis le 20 février 2013.

e. Par décision du 13 juin 2016, l'OAI a ainsi rejeté la demande du 27 mars 2013, refusant par-là une mesure de reclassement et une rente d'invalidité, au motif que l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que la comparaison des revenus conduisait à un degré d'invalidité de 9,6%, insuffisant pour donner droit à une mesure de reclassement et à une rente d'invalidité.

En l'absence de recours, cette décision est entrée en force.

B. a. Le 14 juillet 2016, l'assuré a subi une arthroscopie diagnostique avec transplantation d'une allogreffe du ménisque latéral.

b. Le 6 avril 2017, il a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, l'atteinte invoquée étant la greffe précitée, laquelle l'empêchait de reprendre son activité professionnelle et entraînait des répercussions sur sa vie quotidienne.

c. Par projet de décision du 30 mai 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande, dès lors que celui-ci n'avait pas rendu plausible que l'état de fait s'était modifié de manière à influer sur son droit aux prestations.

d. L'OAI s'est tout de même procuré le dossier constitué par la SUVA et l'a soumis à son SMR, lequel a souhaité poser des questions complémentaires au professeur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui a procédé à l'intervention du 14 juillet 2016.

e. Par courrier du 7 novembre 2017, adressé à l'OAI, le Prof F_____ a ainsi expliqué qu'à l'exception des douleurs et de l'amyotrophie, la fonction articulaire était satisfaisante. Dans une activité physiquement peu contraignante et alternant les positions assise et debout, évitant le port de charges, la capacité était entière. Le travail de manutentionnaire réalisé précédemment n'était toutefois plus possible.

f. La SUVA a remis à l'OAI une copie de son dossier, lequel comprenait notamment :

- Le rapport établi, par le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, le 20 avril 2018, suite à l'examen final réalisé deux jours auparavant, dont il ressort que l'activité de ferrailleur ne pouvait être reprise. En revanche, une activité alternant la position assise et la position

debout, sans piétinement, sans montée et descente des escaliers dans des conditions de travail, avec une position assise jambes étendues, serait compatible avec une reprise à 100%, sans diminution de rendement. La conduite automobile avec des trajets supérieurs à une demi-heure, la marche supérieure à 10-15 minutes, ainsi que le travail à genoux étaient contre-indiqués ;

- Une communication de la SUVA du 8 mai 2018, dont il ressort qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration notable des suites de l'accident. Par ailleurs, il existait une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée telle que décrite ci-dessus. Afin que l'assuré puisse entreprendre par ses propres moyens, ou avec le concours de l'assurance-invalidité, les démarches pour trouver un poste de travail adapté, la SUVA allait continuer à verser l'indemnité journalière jusqu'au 30 septembre 2018, sur la base d'une incapacité de travail de 100%.

g. Après avoir pris connaissance des réponses du Dr F_____ du 7 novembre 2017 et du dossier de la SUVA, le SMR a considéré, dans un avis du 31 juillet 2018, que sa prise de position du 25 avril 2016 était prématurée, l'état de santé de l'assuré n'étant pas suffisamment stabilisé pour pouvoir se prononcer sur une capacité de travail résiduelle. En conclusion, le SMR a retenu, à titre d'atteinte, des gonalgies sur lésion méniscale complexe opérée à trois reprises, avec allogreffe du ménisque externe. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle mais entière dans une activité adaptée, avec un début de l'aptitude au 7 novembre 2017. L'activité adaptée devait privilégier la position sédentaire ou semi-sédentaire (position assise avec jambes étendues), avec possibilité de changer de position à sa guise, n'impliquant pas le port de charges, la marche en terrain irrégulier, la position accroupie à genou, la montée ou la descente d'escabeaux ou d'escaliers, etc.

C. a. Par projet de décision du 19 octobre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait reconsidérer sa décision du 13 juin 2016 et lui octroyer une rente limitée dans le temps, versée du 1er septembre 2013 au 28 février 2018, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. La comparaison des revenus effectuée en novembre 2017 conduisant à un degré d'invalidité de 9%, la rente devait être supprimée trois mois après l'amélioration de son état de santé, soit le 1er mars 2018. Par ailleurs, l'assuré ne pouvait pas prétendre à des mesures professionnelles.

b. L'assuré s'est opposé au projet précité par courrier du 8 novembre 2018, relevant que, contrairement aux prévisions du Prof. F_____ et malgré les traitements prodigués, il était encore très limité par son atteinte au genou. La marche et les déplacements étaient douloureux. Il lui était interdit de monter ou descendre les escaliers. Enfin, il ne pouvait rester assis ou debout plus de 20 minutes consécutives. L'assuré estimait par conséquent prématuré de se prononcer sur sa capacité de travail résiduelle. Par ailleurs, il contestait le refus de mesures professionnelles au vu des éléments qui précédaient et concluait à l'octroi de telles mesures une fois son état de santé stabilisé.

c. Le 6 décembre 2018, le recourant a transmis les documents suivants à l'OAI :

- Le compte-rendu de la consultation du 29 octobre 2018, établi par le Prof F_____, dont il ressort notamment que le médecin précité recommandait à l'assuré une réorientation professionnelle vers des activités adaptées en position assise, en alternant les positions assise et debout, sans port de charges ou marche en terrain irrégulier ;
- Un certificat du docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 3 décembre 2018, à teneur duquel l'assuré était suivi par le médecin précité depuis le 26 septembre 2016, en raison d'un épisode dépressif moyen et d'une anxiété généralisée. Le Dr H_____ estimait également souhaitable qu'un reclassement professionnel soit proposé à l'assuré ;
- Un rapport des Etablissements publics pour l'intégration (EPI) du 15 avril 2019, faisant suite à un stage du 18 mars au 12 avril 2019 ordonné par l'office cantonal de l'emploi (OCE), dont il ressort que l'assuré rencontrait des difficultés physiques se traduisant par de l'absentéisme occasionnel et nécessitant la possibilité de pouvoir réduire son temps de travail en fonction de l'intensité des douleurs, même dans une activité adaptée. S'y ajoutait le fait que l'assuré présentait d'importantes difficultés d'apprentissage liées à un niveau de français insuffisant, rendant ainsi l'accès à certaines formations ou postes très problématique ;
- Un rapport du Dr H_____ du 25 juin 2019, dans lequel les diagnostics d'état dépressif récurrent (F33.2), auparavant état dépressif réactionnel au choc initial puis aux séquelles physiques (F 06.32), étaient posés Pour le psychiatre traitant, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50%.

d. Le 11 décembre 2018 et le 7 mai 2019, sous la plume de l'Hospice général, respectivement de l'APAS, l'assuré a, à nouveau, contesté l'appréciation de la capacité de travail et de la comparaison des revenus effectués par l'OAI.

e. La SUVA a encore transmis à l'OAI certaines pièces de son dossier et notamment la décision du 10 janvier 2019, confirmée sur opposition le 21 mars 2019, dont il ressort que la comparaison des revenus montrait une perte de 3%, insuffisante pour donner droit à une rente d'invalidité.

Sur recours, la chambre de céans a confirmé la décision sur opposition dans un arrêt du 30 avril 2020 (ATAS/323/2020).

f. Sur recommandation du SMR, l'OAI a mandaté, pour expertise, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Selon son rapport du 20 janvier 2020, il n'y avait pas de diagnostic incapacitant. À titre de diagnostics non incapacitants, le Dr I_____ a retenu des troubles dépressifs récurrents légers (F33.0 – F33.11) depuis fin 2012, entrecoupés par des rémissions partielles suivies de rechutes avec des troubles dépressifs moyens avec syndrome somatique. S'y ajoutaient des traits de la personnalité mixte émotionnellement labile de type

impulsif et anxieuse, actuellement non décompensés (Z73.1), n'ayant toutefois pas empêché l'assuré de travailler à 100% par le passé. Enfin, le Dr I_____ a évoqué le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant. Du point de vue psychique, l'assuré était capable de travailler dans son activité adaptée, à 100% et sans baisse de rendement.

g. Après avoir pris connaissance du rapport précité du Dr I_____, le SMR a considéré, dans un avis du 6 février 2020 que la capacité de travail de l'assuré était entière, sur le plan psychique, et ce depuis fin 2012.

h. Par décision du 25 juin 2020, l'OAI a confirmé les termes de son projet du 19 octobre 2018 et a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière limitée dans le temps, versée pour la période du 1er septembre 2013 au 28 février 2018.

D. a. Le 26 août 2020, sous la plume de l'APAS, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 25 juin 2020, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la réalisation d'une expertise bidisciplinaire, orthopédique et psychiatrique, ainsi qu'à son audition et à celle de ses médecins, principalement à l'annulation de la décision querellée en tant qu'elle limite la rente au 28 février 2018 et à l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1er septembre 2013, subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation. Le recourant a, notamment, contesté la date à laquelle il a été mis un terme au versement de la rente, considérant que la rente devrait à tout le moins être octroyée jusqu'au 30 septembre 2018, comme l'avait fait la SUVA. Par ailleurs, les conclusions du Dr I_____ n'étaient pas probantes, diverses critiques, détaillées dans le recours, pouvant être formulées à leur encontre. Le recourant a également contesté le taux d'abattement appliqué et le refus d'octroyer des mesures d'ordre professionnel.

b. Pour sa part, l'OAI a conclu, par courrier du 21 septembre 2020, au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'intimé a notamment expliqué que sur le plan somatique, il s'était fondé sur les conclusions du Dr F_____ et du Dr G_____. Sur le plan psychiatrique, le recourant avait fait l'objet d'une expertise, à laquelle il convenait de reconnaître une pleine valeur probante, et qui avait conclu à une capacité de travail entière. Pour le surplus, l'office intimé a justifié la comparaison des revenus effectuée et son refus de mesures d'ordre professionnel.

c. Par réplique du 15 octobre 2020, le recourant a transmis un courrier du Dr H_____ du 15 septembre 2020, dans lequel ce médecin a critiqué les conclusions du Dr I_____ sur plusieurs points.

d. De son côté, l'office intimé a persisté dans les termes de sa réponse par courrier du 6 novembre 2020, se référant notamment à un avis de son SMR, daté du 5 novembre 2020, dans lequel les différentes critiques du Dr H_____ ont été examinées.

e. Par courrier du 14 juillet 2021, le recourant s'en est rapporté à justice quant à l'opportunité d'entendre le Dr H_____.

f. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

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

3. 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 pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 28 février 2018, singulièrement sur la valeur probante des rapports au dossier. Sont également litigieux la comparaison des revenus effectuée par l'OAI et plus particulièrement l'abattement appliqué, ainsi que le refus de mesures d'ordre professionnel.

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

   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. 28 al. 2 LAI).

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

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic 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).

b. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

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

observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

d. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

7. 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).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

   Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. A cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

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

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

10. a. Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des

éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

b. Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

La question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

11. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

    b. 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

    c. 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.

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

    c/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).

c/cc. 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).

c/dd. 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).

c/ee. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle

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

12. 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).

13. a. 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).

b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

14. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les avis de son SMR des 31 juillet 2018 et 6 février 2020 pour octroyer une rente limitée dans le temps, versée pour la période du 1er septembre 2013 au 28 février 2018. Dans les avis précités, le SMR a examiné les appréciations du Dr F_____ (chirurgie orthopédique) des 7 novembre 2017 et 29 octobre 2018, l'appréciation du Dr G_____ (chirurgie orthopédique) du 20 avril 2018, ainsi que le rapport du Dr I_____ (psychiatrie) du 20 janvier 2020.

Pour sa part, le recourant estime que les rapports précités ne permettent pas de se prononcer sur sa capacité de travail et qu'une expertise bidisciplinaire, orthopédique et psychiatrique devrait être ordonnée, avant de lui octroyer une rente entière, non limitée dans le temps.

a. À titre liminaire, il y a lieu de rappeler que selon la jurisprudence fédérale, des avis du SMR, tels que ceux des 31 juillet 2018 et 6 février 2020, ont 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.

Or, force est de constater que c'est exactement ce que le SMR a fait, dès lors qu'il a examiné les pièces suivantes :

- Le rapport du Dr F_____ du 7 novembre 2017, dans lequel le médecin traitant du recourant a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée qu'il a décrite, à savoir une activité physiquement peu contraignante et alternant les positions assise et debout et évitant le port de charges ;
- Le rapport relatif à la consultation du 29 octobre 2018, également établi par le Dr F_____, dans lequel ce médecin a écrit « en ce qui nous concerne, nous serions d'avis de poursuivre un reconditionnement intensif et nous recommandons [au] patient une réorientation professionnelle vers des activités adaptées en position assise, en alternant les positions assise et debout, sans port de charges ou marche en terrain irrégulier » ;

- Le rapport consécutif à l'examen final du 18 avril 2018, dans lequel le Dr G_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré que la reprise d'un travail alternant position assise et position debout, sans piétinement, sans montée et descente particulièrement des escaliers dans des conditions de travail, avec une position assise volontiers jambes étendues, serait tout à fait compatible avec une reprise à 100%, sans perte de rendement ;
- Les rapports du Dr H_____ des 3 décembre 2018 et 25 juin 2019, dans lesquels le psychiatre précité a évoqué un épisode dépressif moyen et un trouble anxieux généralisé, respectivement un trouble dépressif récurrent, épisode alors sévère, sans symptômes psychotiques ;
- Le rapport d'expertise psychiatrique du Dr I_____ du 20 janvier 2020, dont il ressort que seules des atteintes non incapacitantes ont été retenues, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger depuis fin 2012, entrecoupé par des rémissions partielles suivies de rechutes de troubles dépressifs moyens avec syndrome somatique sans indice de gravité jurisprudentiel rempli, traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse actuellement non décompensé et syndrome douloureux somatoforme persistant sans indice de gravité jurisprudentielle rempli.

Au vu de l'ensemble de ces rapports, le SMR a considéré que la capacité de travail du recourant était entière dès le 7 novembre 2017, date correspondant au rapport susmentionné du Dr F_____, orthopédiste traitant du recourant.

Il convient donc d'examiner la valeur probante des différents rapports sur lesquels le SMR s'est fondé.

b/aa. La question de la valeur probante des rapports du Dr F_____ des 7 novembre 2017 et 29 octobre 2018 peut en l'état rester ouverte, dès lors que les conclusions de ce médecin rejoignent celles du Dr G_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, dont le rapport a été considéré comme probant dans l'ATAS/323/2020 du 30 avril 2020. Concrètement, dans l'arrêt précité, la chambre de céans a retenu que le rapport du médecin d'arrondissement avait été établi en pleine connaissance du dossier, qu'il relatait les plaintes de l'assuré et reposait sur un examen clinique complet et que ses conclusions, attestant d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, étaient motivées et exemptes de contradictions. La chambre de céans a, en outre, constaté que les conclusions des médecins d'arrondissement de la SUVA, et notamment celles du Dr G_____, coïncidaient avec l'avis du Dr F_____, lequel préconisait déjà en février 2017 une reconversion professionnelle dans une activité adaptée, moins physique.

Dans de telles circonstances, rien ne permet de s'écarter des conclusions du SMR, lesquelles se basent sur l'appréciation probante du Dr G_____ du 18 avril 2018, qui elle-même coïncide avec les conclusions du Dr F_____, et de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

b/bb. Du point de vue psychiatrique, il convient d'examiner le rapport du Dr I_____ du 20 janvier 2020. Or, force est de constater que ce rapport répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il contient en effet le résumé du dossier, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions du Dr I_____, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires et bien motivées.

Sur le fond, le Dr I_____ a retenu les diagnostics suivants, sans répercussions sur la capacité de travail : un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger depuis fin 2012, entrecoupé par des rémissions partielles suivies de rechutes de troubles dépressifs moyens avec syndrome somatique sans indice de gravité jurisprudentiel rempli, des traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, actuellement non décompensé, et un syndrome douloureux somatoforme persistant sans indice de gravité jurisprudentiel rempli.

Selon la jurisprudence fédérale, ces atteintes, non objectivables, ne sont invalidantes que si le recourant ne dispose pas ou plus des ressources suffisantes pour les surmonter. Il n'est toutefois pas évident d'identifier ce qui est raisonnablement exigible et si le recourant dispose des ressources nécessaires pour fournir l'effort requis pour compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une activité lucrative. C'est pourquoi le Tribunal fédéral a instauré une procédure probatoire, laquelle doit permettre, au moyen d'indicateurs, de déterminer les ressources dont dispose la personne assurée. En effet, les ressources peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action. Ainsi, plus les ressources sont prononcées, plus on peut s'attendre à ce que les facteurs de stress soient surmontés.

Le Dr I_____ a examiné les indicateurs jurisprudentiels dans son rapport d'expertise et a expliqué de manière convaincante pour quels motifs il considérait que le recourant disposait de ressources suffisantes.

L'expert a ainsi constaté que le recourant décrivait clairement des bénéfices secondaires, considérant qu'il lui était impossible de trouver un emploi dans une activité adaptée à ses douleurs, ne parlant pas bien le français, après une longue pause professionnelle et dans un contexte de dettes importantes qui le démotivent (rapport d'expertise p. 47). Le recourant estimait donc devoir recevoir une rente d'invalidité, éventuellement pouvoir bénéficier d'une réadaptation professionnelle, avec une capacité de travail de 50% pour autant que l'OAI lui trouve un emploi adapté (rapport d'expertise p. 22).

Le Dr I_____ a en outre considéré que le recourant disposait de bonnes ressources, dès lors qu'il arrivait à gérer son quotidien sans difficultés psychiatriques, notamment en effectuant les activités légères physiquement (ménage et courses légères), à se promener, à rencontre des amis (notamment le week-end dans un tea-room pour le café), à regarder la télévision (notamment pour apprendre le français),

à lire le Coran, à partir en vacances (Macédoine, trois jours en Allemagne en 2019), à conduire sa voiture ou un vélo électrique, et ce malgré les traits de la personnalité mixte, anxieuse et émotionnellement labile de type impulsif, lesquels ne l'avaient pas empêché ni d'exercer une activité à 100% ni d'avoir une vie familiale et amicale stable (rapport d'expertise p. 23 et 45). Le recourant essayait également de manger régulièrement à l'extérieur (rapport d'expertise p. 24).

Le Dr I_____ a également relevé que le recourant considérait que sa tristesse était moins importante que les effets secondaires des traitements antidépresseurs (rapport d'expertise p. 32).

Enfin, l'expert a considéré que le traitement est peu adéquat, vu l'absence de suivi psychiatrique hebdomadaire et de traitement antidépresseur (rapport d'expertise p. 46).

En d'autres termes, compte tenu de tous ces éléments, il doit être considéré, avec l'expert, que le recourant ne subit pas de limitations dans tous les domaines de la vie. De plus, ses atteintes sont accessibles à un traitement psychiatrique plus régulier ainsi qu'à un traitement médicamenteux.

La preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est donc pas donnée.

c. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

Dans le cadre de son recours à la chambre de céans, l'assuré a élevé les critiques suivantes à l'encontre des rapports au dossier.

c/aa. Le recourant a, tout d'abord, contesté la date d'interruption du versement de la rente, considérant que le rapport Dr F_____ du 7 novembre 2017 ne permettait pas de retenir que la reconversion dans une activité adaptée était immédiatement exigible.

Force est toutefois de constater que le Dr F_____ préconisait déjà en février 2017 une reconversion professionnelle dans une activité adaptée, moins physique (cf. rapport à la SUVA établi par le Dr F_____ le 28 février 2017 et ATAS/323/2020 du 30 avril 2020 consid. 10b). Partant, on ne peut que considérer que le médecin précité était d'avis qu'une reconversion professionnelle était immédiatement exigible. Au demeurant, les médecins des HUG s'étaient également prononcés en faveur d'une reconversion professionnelle et ce, dans un rapport du mois d'août 2016 déjà (voir également ATAS/323/2020 du 30 avril 2020 consid. 10b).

Le recourant considère également que la rente aurait dû être versée jusqu'au 30 septembre 2018, comme cela avait été le cas pour les indemnités journalières de la SUVA.

On ne saurait toutefois suivre les conclusions du recourant. En effet, la jurisprudence impose à l'assureur-accidents de supprimer ses prestations à l'expiration d'un délai compris entre trois et cinq mois, imparti pour que l'assuré puisse entreprendre les démarches nécessaires pour se reconvertir dans une autre profession (voir notamment ATAS/1166/2020 du 30 novembre 2020 consid. 10 et les références). La décision par laquelle la SUVA a mis un terme au versement de ses indemnités journalières date du 8 mai 2018. Le versement des indemnités journalières s'est terminé le 30 septembre 2018. Cela revient donc à appliquer un délai moyen de quatre mois et de reporter la fin des prestations à la fin du mois en cours.

Cette manière de procéder ne correspond toutefois pas à celle applicable en matière d'assurance-invalidité. En effet, selon l'art. 88a al. 1 RAI et la jurisprudence y relative (ATF 125 V 417 consid. 2d ; ATF 106 V 16; VSI 2001 p. 158 consid. 3c; RCC 1984 p. 137, RCC 1983 p. 489 consid. 2b), si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Dans la mesure où le Dr F_____ évoquait déjà en novembre 2017 l'exigibilité d'un changement de profession, le délai de trois mois de l'art. 88a al. 1 RAI a pris fin en février 2018 et non le 30 septembre 2018.

Partant, le recourant ne peut rien tirer du fait que la SUVA a versé les indemnités journalières jusqu'au 30 septembre 2018.

c/bb. Le recourant a également émis plusieurs critiques à l'encontre du rapport du Dr I_____ du 20 janvier 2020 :

- En premier lieu, le recourant reproche à l'expert d'avoir décrit, de manière incomplète, le contexte du mandat, en ne précisant pas que la décision de refus de prestations allait être reconsidérée et qu'une rente d'invalidité limitée dans le temps allait être versée. Pour le recourant, cette omission avait influencé l'expert dans son appréciation, celui-ci s'étant notamment étonné du fait qu'il s'estimait en droit de recevoir une rente entière, ce qui avait été qualifié d'incohérence.

  Certes, le Dr I_____ n'a pas précisé que l'OAI avait reconsidéré sa décision de refus. Il s'agit là, cependant, d'une question juridique, qui n'influence en rien l'appréciation de la capacité de travail du recourant.

Par ailleurs, la chambre de céans n'a pas constaté d'étonnement de la part de l'expert quant au fait que le recourant estimerait devoir recevoir une pleine rente d'invalidité. En réalité, à plusieurs reprises, l'expert s'est contenté de résumer la position du recourant. Ainsi, notamment en pages 17 et 22, le Dr I_____ a écrit « il [le recourant] se plaint également qu'il lui est impossible de trouver un emploi dans une activité adaptée à ses douleurs, ne parlant pas bien le français, après une longue pause professionnelle et dans ce contexte, il estime devoir recevoir une rente AI, versus éventuellement une réadaptation professionnelle, qui lui semble hypothétique vu les points susmentionnés ». Il n'y a là aucun étonnement de la part de l'expert mais uniquement une retranscription des dires du recourant, lesquels ne sont au demeurant pas contestés.

L'incohérence relevée par l'expert en page 25 et 47 de son rapport et mentionnée par le recourant n'est pas non plus en lien avec la reconsidération de la décision du 25 juin 2020 et l'octroi d'une rente limitée dans le temps en raison de l'atteinte somatique. Elle concerne en réalité uniquement le fait que le recourant sollicite une rente *entière* alors qu'il ne présente *aucune limitation* fonctionnelle objectivable (« La seule incohérence étant une demande de rente AI à 100% dans le contexte de limitations fonctionnelles non objectivables »).

- Ensuite, le recourant considère que le Dr I_____ n'a que très succinctement motivé les raisons pour lesquels il s'est écarté du diagnostic retenu par le Dr H_____, ce dernier n'ayant en réalité jamais fait état d'un trouble dépressif récurrent sévère.

  Le Dr H_____ n'a certes jamais qualifié expressément le trouble dépressif de « sévère » dans ses certificats. Il l'a en revanche fait implicitement en retenant, dans son certificat du 25 juin 2019, le code diagnostic F 33.2, lequel correspond, dans la CIM-10, à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, comme l'a relevé à juste titre le SMR dans son avis du 5 novembre 2020.

  Par ailleurs, contrairement à ce que prétend le recourant, le Dr I_____ a expliqué pour quels motifs il s'écartait du diagnostic retenu par le Dr H_____. En effet, en page 47 du rapport, le psychiatre mandaté par l'OAI a expliqué ce qui suit : « nous retenons des discordances entre le diagnostic de trouble dépressif retenu par le psychiatre traitant avec une capacité de travail réduite d'un point de vue psychiatrique et la journée type chez un assuré qui réalise les activités légères physiquement, fait des promenades en famille, avec des amis, sans isolement social total, qui part en vacances régulièrement, qui conduit la voiture, qui lit le Coran, qui regarde la télévision, qui fait du vélo électrique, etc. De plus, le suivi psychiatrique trimestriel et pas hebdomadaire, sans hospitalisation en psychiatrie et sans traitement antidépresseur plaide aussi contre un trouble dépressif sévère et contre des limitations fonctionnelles sévères. Nous retenons également une discordance entre un trouble dépressif

sévère et une capacité de travail de 50% selon le psychiatre traitant, alors que dans un contexte de trouble dépressif sévère la capacité de travail est en principe nulle », étant précisé que le trouble dépressif sévère est le dernier diagnostic posé par le Dr H_____ avant l'expertise du Dr I_____. L'expert a également examiné les critères de l'anxiété et a expliqué qu'il n'en avait pas constaté lors de l'examen (rapport d'expertise p. 35).

- Le recourant relève en outre que le rapport d'expertise ne comporte pas de précisions quant à la durée ou fréquence des trajets en voiture ou vélo électrique. Il en va de même de la lecture et des vacances. Pour le recourant, ces éléments n'étaient ainsi pas de nature à démontrer l'absence d'impact des troubles psychiques sur la capacité de travail.

  Force est toutefois de constater que le Dr I_____ a évoqué ces éléments pour mettre en exergue la discordance entre le diagnostic de trouble dépressif sévère entraînant une incapacité de travailler selon le Dr H_____ et les nombreuses activités effectuées par le recourant, ce qui montre que ce dernier ne présente pas de limitations dans tous les domaines de la vie.

- Le recourant critique également l'affirmation du Dr I_____, selon laquelle les troubles dépressifs récurrents ne l'auraient pas empêché de travailler dans le passé. En effet, il n'avait que peu d'expérience professionnelle dès lors qu'il n'était âgé que de 22 ans au moment de l'accident et qu'il n'a plus travaillé depuis.

  C'est toutefois le lieu de relever que cette affirmation ne concerne pas le trouble dépressif, mais les traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse (cf. rapport p. 48), lesquels ne sont en principe pas incapacitants, faute de constituer une maladie psychiatrique (voir supra consid. 10). De plus et en tout état, avant son accident, le recourant avait travaillé comme agriculteur et menuisier jusqu'à l'âge de 19 ans, avant de travailler en tant que peintre en façade. Il avait dès lors déjà une carrière professionnelle avant d'être engagé par l'entreprise B_____. Il peut donc justifier d'une activité professionnelle durant plusieurs années avant l'accident.

- Le recourant s'étonne enfin du fait que le Dr I_____ retienne une capacité de travail entière dans une activité adaptée, tout en considérant qu'un traitement adapté paraissait de nature à améliorer la capacité de travail.

  Effectivement, l'expert psychiatre a recommandé la mise en place d'un suivi hebdomadaire avec un travail spécifique sur la question du status algique qui donne des avantages primaires aux traits de la personnalité et l'introduction d'un traitement antidépresseur avec monitoring sanguin, ce dernier devant diminuer le risque d'évolution vers un épisode dépressif sévère. À aucun moment toutefois, l'expert n'a employé les termes d'« amélioration de la capacité de travail », ces termes étant uniquement mentionnés dans le libellé de

la question, laquelle correspond en tous points à celle posée par l'intimé dans son mandat d'expertise.

Dans de telles circonstances, on ne peut retenir que le Dr I_____ a préconisé un traitement pour améliorer la capacité de travail, ce d'autant moins qu'il précise que le traitement a pour but de diminuer le risque d'évolution vers un épisode dépressif sévère.

En annexe à sa réplique du 15 octobre 2020, le recourant a également produit un rapport daté du 15 septembre 2020, dans lequel le Dr H_____ a critiqué le rapport d'expertise du 20 janvier 2020 à différents égards :

- Le Dr H_____ reproche tout d'abord au Dr I_____ d'avoir évalué la capacité de travail du recourant à 100% dans une activité adaptée sans s'appuyer sur les conclusions des EPI et sans proposition d'un essai professionnel.

  Force est toutefois de constater que le rapport professionnel en question conclut principalement à un 50% en raison de douleurs, qui sont liées à l'atteinte orthopédique, qui n'est pas du ressort de l'expert psychiatre.

  En outre, en lien avec les atteintes psychiques et notamment le trouble somatoforme douloureux, le Dr I_____ a considéré que le recourant disposait des ressources nécessaires et qu'un traitement médicamenteux était susceptible d'améliorer les algies.

  Dans de telles circonstances, les constatations des responsables des EPI ne sont pas susceptibles de remettre en question l'appréciation du Dr I_____, qui n'avait par conséquent pas à se prononcer à leur propos.

- Le psychiatre traitant reproche également au Dr I_____ de ne pas s'être prononcé sur les restrictions retenues par le Dr F_____.

  Dans ce contexte, c'est le lieu de rappeler que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée ; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI). Partant, il n'appartenait pas au Dr I_____, en sa qualité de psychiatre, de se prononcer sur des limitations fonctionnelles en lien avec l'atteinte orthopédique.

- Le Dr H_____ conteste avoir posé le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité sévère.

  Comme cela a été relevé ci-dessus, il l'a toutefois fait implicitement, en retenant le code F33.2 dans son rapport du 25 juin 2019.

Quant aux autres critiques du Dr H_____, elles ne sont pas non plus susceptibles de remettre en question la valeur probante du rapport du 20 janvier 2021. En effet, même si les diagnostics préconisés par le Dr H_____ devaient être retenus, force

est de constater que ce médecin n'a pas précisé les limitations que rencontrerait le recourant dans tous les domaines de la vie. Il n'a en particulier pas expliqué en quoi le recourant ne serait pas capable d'effectuer les différentes tâches et activités mentionnées par l'expert. Les explications du psychiatre traitant sont très vagues et il ressort plutôt de ses brefs rapports qu'il n'a pas procédé à l'examen des ressources dont le recourant dispose encore.

Partant, les critiques du recourant ne permettent pas de remettre en question la valeur probante des rapports au dossier ni les conclusions que le SMR a prises dans ses avis des 31 juillet 2018 et 6 février 2020. C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées par les médecins orthopédistes et ce depuis le 7 novembre 2017.

Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise bidisciplinaire ni d'entendre le recourant et le Dr H_____.

15. Dès lors la demande d'expertise bidisciplinaire, la demande d'audition du Dr H_____ ainsi que celle du recourant, seront rejetées par appréciation anticipée des preuves, les pièces au dossier étant suffisantes pour se prononcer.

16. Le recourant conteste ensuite le taux d'abattement de 10% retenu par l'OAI et conclut à un abattement de 25%, les revenus avec et sans invalidité n'étant, quant à eux, pas contestés, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter, étant pour le surplus relevé qu'ils correspondent à quelques dizaines de francs près aux montants retenus par la chambre de céans dans son ATAS/323/2020 du 30 avril 2020, auquel il convient de renvoyer pour plus de précisions.

a. 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).

b. S'agissant du revenu d'invalide, il doit aussi être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère qu'il peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa), ou des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT). Dans la première hypothèse, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323).

Depuis l'ESS 2012, certains tableaux qui servent de documents de référence pour l'assurance-invalidité ne se présentent plus sous la même forme qu'auparavant. En particulier, des « niveaux de compétences » remplacent les « niveaux de qualifications requises pour le poste de travail ». Ces niveaux de compétences ont été définis en fonction du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de

la profession et de l'expérience professionnelle. Le niveau 1 constitue désormais le niveau de compétence le plus bas (alors qu'il correspondait auparavant au niveau des qualifications le plus élevé), et le niveau 4 le niveau de compétences le plus élevé (alors qu'il était le niveau des qualifications le plus bas). Le niveau 1 de l'ESS 2012 correspond donc au niveau de qualifications 4 des ESS établies jusqu'en 2010 (office fédéral des assurances sociales, lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014).

En ce qui concerne le taux d'abattement, 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). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 s.). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_883/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.2.1 et les références).

17. En l'espèce, l'argument du taux d'abattement a déjà été invoqué par le recourant à l'appui du recours qu'il a introduit à l'encontre de la décision sur opposition rendue le 21 mars 2019 par la SUVA et ayant conduit à l'ATAS/323/2020 du 30 avril 2020.

    Or, dans cet arrêt, la chambre de céans a examiné les différents points permettant de fixer l'abattement. Elle a ainsi considéré que le critère des années de service n'entre pas en considération. En effet, selon la jurisprudence, le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. De surcroît, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.1). En ce qui concerne les difficultés linguistiques invoquées, il convient de relever que le niveau de qualification professionnelle retenu ne nécessite pas une bonne maîtrise d'une langue nationale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_42/2017 du 29 juin 2017 consid. 3.4). Quant à la nationalité étrangère, elle ne joue pas de rôle en l'occurrence, dès lors que le recourant est titulaire d'une autorisation d'établissement et que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 700/04 du 17 janvier 2006 consid. 4.3.3 et I 764/06 du 19 juin 2007). Pour le reste, il convient de relever que le Tribunal fédéral a appliqué des

réductions de 5 à 10% dans plusieurs causes impliquant des limitations fonctionnelles similaires (arrêts du Tribunal fédéral 8C_199/2017 du 6 février 2018 consid. 5.3, 8C_227 du 17 mai 2018 consid. 5 et 8C_800/2015 du 7 juillet 2016 consid. 3.4.3).

Le recourant n'apportant pas d'autres éléments que ceux déjà invoqués dans la procédure A/1716/2019, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'ATAS/323/2020 du 30 avril 2020.

Le taux d'abattement retenu par l'intimé ne prête par conséquent pas le flanc à la critique.

18. Enfin, le recourant conclut à des mesures d'ordre professionnel.

a. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). La prestation dont il est question doit remplir les conditions de simplicité et d'adéquation, ce qui suppose qu'elle soit propre à atteindre le but fixé par la loi et apparaisse nécessaire et suffisante à cette fin. Il doit par ailleurs exister un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité de la prestation compte tenu de l'ensemble des circonstances de fait et de droit du cas particulier (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 p. 221 et les références; ULRICH MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, 1985, p. 82 ss et 123 ss). Quant à la condition de l'invalidité exprimée par l'art. 8 al. 1 LAI, elle doit être interprétée au regard des art. 8 LPGA et 4 LAI et définie, compte tenu du contexte de réadaptation, en fonction de la mesure requise (cf. Ulrich MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2ème éd. 2010, ad art. 8 LAI p. 95).

b/aa. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Par ailleurs, seule une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b p110 et les arrêts cités).

b/bb. Conformément à l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré

n'a pas encore fait le choix d'une profession, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent (ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29; voir également arrêt I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 203). L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé (arrêt I 11/99 du 15 octobre 1999 consid. 6). Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité (ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29; MEYER-BLASER, op. cit., p. 156 ss). L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (arrêt I 552/86 du 27 novembre 1987 consid. 4a, in RCC 1988 p. 191; voir également Meyer, op. cit., ad art. 15 LAI p. 174).

b/cc. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la novelle du 6 octobre 2006 [5ème révision de l'AI], en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit : a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi.

Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4e révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 consid. 6; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références).

A notamment droit au service de placement au sens de l'art. 18 al.1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail, telles que des aides visuelles, ou vis-à-vis de l'employeur (par exemple tolérance de pauses de repos nécessitées par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du

placement pour trouver un emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 510/04 du 19 août 2005 consid. 3.1). Il n'y a en revanche pas d'invalidité au sens de l'art. 18 al. 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003 (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, par exemple pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 595/02 du 13 février 2003 consid. 1.2). Par ailleurs, les problèmes étrangers à l'invalidité, tels que le fait de ne pas savoir parler une des langues nationales, ne sont pas pris en considération lors de l'examen du droit à l'aide au placement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002, consid. 2c).

Les arrêts précités ont certes été rendus sous l'empire de l'ancien droit, dans lequel l'art. 18 LAI avait une teneur différente mais ils demeurent valables après l'entrée en vigueur de la 5ème révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 5.2).

19. En l'espèce, la comparaison des revenus effectuée par l'intimé, laquelle ne prête pas le flanc à la critique (voir ci-dessus consid. 19), conduit à une invalidité de 9%. Ce degré d'invalidité étant inférieur aux 20% requis, un reclassement est exclu.

    Une éventuelle mesure d'orientation professionnelle n'entrerait pas non plus en considération. En effet, les limitations retenues sur le plan somatique liées aux déplacements et au port de charges sont peu importantes, étant rappelé que l'atteinte psychique n'a pas été considérée comme étant invalidante. Dès lors, dans la mesure où le marché de l'emploi offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont, à l'évidence, adaptées aux limitations précitées et accessibles sans aucune formation particulière, il n'y a guère d'obstacles pour le recourant à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé. Dans ces conditions, l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité apparaît superflu (cf. ATAS/856/2019 du 12 septembre 2019, ATAS/590/2013 du 12 juin 2013 et ATAS/119/2012 du 15 février 2012 notamment).

    Quant à l'aide au placement, force est de constater que les éventuelles difficultés du recourant pour trouver un emploi ne résultent pas tant de ses atteintes à la santé - qui se traduisent simplement par des limitations au niveau des déplacements et du port de charges - que de ses difficultés linguistiques et de son manque de formation, dont l'assurance invalidité n'a pas à répondre, comme cela a déjà été relevé par la chambre de céans et auparavant par le Tribunal des assurances sociales (voir notamment arrêts ATAS/856/2019 du 12 septembre 2019, ATAS/3/2019 du 7 janvier 2019 ATAS/964/2012 du 16 août 2012 ou encore ATAS/119/2012 du 15 février 2012, respectivement ATAS/1296/2007 du 22 novembre 2007).

Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas octroyé de mesures d'ordre professionnel.

20. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et le recourant sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	Le président
Nathalie LOCHER	Philippe KNUPFER

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