RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2977/2020 **ATAS/200/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 mars 2021

6ème 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 : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1962, marié, originaire d'Erythrée, entré en Suisse le 5 décembre 2011, titulaire d'un certificat d'imprimeur et d'un certificat en ressources humaines et management de l'Université d'Asmara, a subi un traumatisme de guerre en 1981. Il a été blessé à la cheville droite ; il présente une asymétrie des membres inférieurs post traumatique avec bascule du bassin ; status post traumatisme au niveau du membre inférieur gauche avec chirurgie orthopédique et vasculaire pour un anévrisme fémoral suite à des balles reçues ; probable arthrose post traumatique au niveau talo-crural gauche (rapport de la doctoresse B_____, FMH rhumatologique et médecine interne du 31 janvier 2014). Il a exercé la profession d'imprimeur en Erythrée.

2. Par décision du 24 février 2015, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a refusé à l'assuré un moyen auxiliaire (chaussures orthopédiques sur mesure), les conditions du droit aux prestations n'étant pas remplies.

3. Le 1er novembre 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.

4. Le 22 novembre 2019, le docteur C_____, FMH médecine interne, a rempli un rapport médical AI. Il suivait l'assuré depuis le 3 juin 2019. L'assuré présentait des limitations importantes aux membres inférieurs (mobilité/douleurs) et des lombalgies chroniques ainsi qu'au bassin ; compte tenu également de la barrière de la langue et de nombreuses années sans emploi, il ne pouvait travailler que deux à quatre heures par jours dans une activité adaptée. Il a indiqué que l'assuré était imprimeur en Ethiopie et n'avait jamais travaillé depuis son arrivée en Suisse.

5. L'Hospice général a pris en charge le 9 mars 2015 les frais de chaussures orthopédiques pour l'assuré.

6. Le 23 décembre 2019, le docteur D_____, médecin adjoint agrégé du département de médecine des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a écrit à l'OAI que l'assuré était suivi depuis mai 2012 pour une hépatite virale C ; il avait suivi un traitement mais restait atteint d'une cirrhose, pour l'instant compensée, mais avec risque d'évolution vers un cancer du foie, avec de la fatigue. L'assuré pouvait effectuer un travail adapté, par exemple de bureau, pouvant aller jusqu'à 100 %.

7. Le 12 mars 2020, le docteur E_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a indiqué à l'OAI que l'assuré présentait une coxarthrose débutante à droite entrainant des restrictions liées aux douleurs, raideurs et boiteries ; il ne pouvait exercer des activités manuelles avec port de lourdes charges mais pouvait travailler à 100 % dans une activité adaptée. Il a joint un rapport du 5 novembre 2019 indiquant que l'assuré refusait de suivre des séances de physiothérapie et se plaignait de fragments de bombe dans sa cheville droite, lesquels pourraient éventuellement faire l'objet d'une ablation.

8. Par projet de décision du 9 juin 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations ; selon un avis du SMR du même jour, l'atteinte de la cheville droite n'avait pas évolué depuis la période précédant l'arrivée en Suisse ; la cirrhose (2012) et la coxarthrose (novembre 2019) ne justifiaient que des limitations fonctionnelles d'épargne de la hanche et des efforts physiques ; la capacité de travail était totale dans une activité adaptée. Le degré d'invalidité était de 10 % (revenu sans et avec invalidité fondés sur la même tabelle statistique, avec une déduction de 10 % sur le second en raison d'une activité légère seule possible).

9. Par décision du 24 août 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

10. Le 21 septembre 2020, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1er novembre 2019, subsidiairement à l'octroi d'une mesure de réadaptation professionnelle.

11. Le 28 octobre 2020, l'assuré a indiqué qu'il avait effectué des investigations médicales et a transmis un rapport de CT lombaire natif du 26 octobre 2020.

12. Le 6 novembre 2020, l'assuré a communiqué un rapport du 4 novembre 2020 du docteur F_____, FMH chirurgie orthopédique, selon lequel l'assuré présentait depuis plusieurs années des douleurs de sa cheville gauche dues à une arthrose sévère dans les suites de blessures de guerre, en 1982. De plus, il présentait une faiblesse du muscle quadricipital à M3 suite à une fracture du fémur gauche opérée à la même époque. L'assuré boitait et présentait des douleurs invalidantes de sa cheville gauche associées à une inégalité de longueur des membres inférieurs de plus de deux centimètres en faveur de la droite, occasionnant aussi des lombalgies. En tant qu'imprimeur, son incapacité de travail était de 100 %. Seulement dans un poste de travail sédentaire, une reprise progressive était théoriquement déjà possible. Concernant la cheville gauche, une arthrodèse sous contrôle arthroscopique était indiquée. En raison des douleurs lombaires et de la faiblesse du quadriceps gauche à M3, une reprise de travail en tant qu'imprimeur était aussi peu probable en cas d'opération. Était joint un rapport de CT de la cheville gauche du 26 octobre 2020.

    L'assuré a souligné qu'une reprise de travail n'était possible que progressivement. Il a sollicité l'audition du Dr F_____ afin que celui-ci précise les possibilités de travail dans une activité adaptée.

13. Le 19 novembre 2020, le SMR a rendu un avis selon lequel les documents médicaux transmis rappelaient que l'assuré présentait des séquelles de traumatisme au niveau du membre inférieur gauche, pour lesquelles le SMR avait retenu des limitations fonctionnelles ; le Dr F_____ confirmait qu'une activité adaptée était théoriquement possible. En ce qui concernait les lombalgies, l'assuré présentait des troubles dégénératifs avec un rétrécissement canalaire modéré. On ne connaissait pas la clinique liée à ces plaintes et constatations radiologiques. Toutefois, les

limitations fonctionnelles d'épargne du membre inférieur gauche retenues par le SMR, épargnaient aussi le rachis lombaire. On pouvait toutefois, dans ce contexte, rajouter les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges, alternance des positons 1x / heure, pas de mouvement en porte-à-faux du tronc. Dans ces conditions, on pouvait considérer que la capacité de travail dans une activité adaptée demeurait entière. Ainsi, pour le SMR, sa dernière appréciation du cas demeurait valable, ayant reprécisé les limitations fonctionnelles afin de tenir compte des lombalgies chroniques.

14. Le 30 novembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se ralliant à l'avis du SMR précité.

15. Le 21 décembre 2020, l'assuré a répliqué. Il subissait fréquemment des lâchages aux genoux, avec chute, de sorte qu'il ne pouvait exercer une activité en position debout ou nécessitant de la marche. Il avait également des douleurs dans la main gauche, attestées par le rapport joint du Dr G_____, FMH médecine physique et réadaptation et rhumatologie, du 16 novembre 2020, lequel signalait une gêne du membre supérieur gauche et une paresthésie des doigts de la main gauche et posait le diagnostic de douleur à la main gauche sur possible canal carpien, sans argument pour une pathologie articulaire franche. Seule une reprise théorique et progressive était possible ; il ne parlait pas couramment français et l'on voyait mal quel employeur l'engagerait à 58 ans. Il demandait une reconversion professionnelle, soit un reclassement.

16. La chambre de céans a requis de l'OAI qu'il se prononce sur l'octroi d'une mesure de réadaptation. L'OAI a indiqué le 25 janvier 2021 qu'au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services, on devait convenir qu'un nombre significatif de ces activités étaient adaptées aux empêchements du recourant sans déterminations complémentaire. L'assurance-invalidité n'avait pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autre facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle, de difficultés d'ordre linguistique ou l'âge (facteurs étrangers à l'invalidité). Il y avait donc une disproportion évidente à mettre en place une mesure d'ordre professionnelle pour le recourant, au regard du coût et du résultat prévisible. Le recourant ne remplissait pas les conditions, ni objectives ni subjectives, d'octroi de telles mesures.

17. Le 1er mars 2021, le recourant a observé que l'OAI ne motivait pas son refus d'ordonner une mesure d'ordre professionnel et que, de plus, il avait commencé à ressentir depuis quelques mois, selon le rapport du Dr G_____ du 16 novembre 2020, une légère perte de sensibilité dans les deux mains, ainsi que des douleurs. Seule une reprise théorique et progressive était envisageable et il était nécessaire, vu son âge, sa mauvaise maitrise du français et ses limitations, qu'il puisse bénéficier d'un reclassement.

18. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA)

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

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

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

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

5. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

   Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut

trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

b. 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. 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).

6. 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).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

   La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

   b. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit

convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

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. 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 (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

9. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas

indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

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

10. a. En l'occurrence, l'intimé, suivant les avis du SMR des 9 juin 2020 et 19 novembre 2020, a considéré que le recourant était totalement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (épargne du membre inférieur droit, exercice d'une activité essentiellement assise, sans station debout et marche prolongée, pas de marche en terrain instable ou irrégulier, pas de position accroupie ou à genou, pas d'utilisation d'échelle ou d'escabeau, pas d'effort physique en raison de la fatigue, pas de port de charges, alternance des positions une fois par heure, pas de mouvement en porte à faux du tronc).

Quant au recourant, il requiert l'octroi d'une rente d'invalidité et, subsidiairement, d'une mesure d'ordre professionnel, en estimant qu'une activité ne peut être reprise que progressivement et après la mise en place d'une mesure.

b. L'avis du SMR quant à une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, n'est contesté par aucun autre avis médical.

A cet égard, le Dr D_____ (avis du 23 décembre 2019) a indiqué que la capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée, tout comme le Dr E_____ (avis du 12 mars 2020), confirmant ainsi l'avis du SMR. Quant au Dr C_____, s'il a considéré qu'une activité ne pourrait être exercée qu'à raison de deux à quatre heures par jour, il a mis en avant des justifications non médicales, telles que la barrière de la langue et des années sans emploi. Enfin, le Dr F_____ a également considéré qu'un travail sédentaire était possible, sans en limiter le taux d'activité. L'indication d'une reprise progressive, non motivée, n'est pas à même de mettre en doute les conclusions du SMR.

Une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles peut donc être confirmée.

Par ailleurs, les nouvelles limitations fonctionnelles aux mains dont fait état le recourant le 1er mars 2021, en se référant à un rapport médical du 16 novembre 2020, ne peuvent être prises en considération dans le cadre du présent litige. En effet, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision

litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1).

Or, ces affections sont signalées en novembre 2020 alors que la décision litigieuse a été rendue en août 2020.

En revanche, si l'état de santé du recourant s'aggrave, il pourra toujours déposer auprès de l'intimé une nouvelle demande de prestations.

11. Le calcul du degré d'invalidité n'est pas contesté et aboutit, après comparaison des revenus, basés sur la même tabelle statistique, à un degré de 10 %.

Celui-ci est insuffisant pour donner droit tant à une rente d'invalidité qu'à une mesure de reclassement. Par ailleurs, et comme mis en avant par l'intimé, le recourant peut effectuer des activités légères, qui ne nécessitent pas de formation, dans le respect de ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'il n'a pas droit non plus à une mesure d'ordre professionnel, telle qu'une orientation professionnelle, étant relevé que le manque de formation professionnelle, l'âge avancé et la mauvaise maitrise du français, sont des facteurs étrangers à l'invalidité (ATF 107 V 21). A cet égard, le Tribunal fédéral a relevé que selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, mis à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 188/2019 du 10 septembre 2019).

12. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 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. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Julia BARRY	Valérie MONTANI

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