

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1960 au Kosovo, marié, père de deux enfants nés en 1996 et 1997, est arrivé en Suisse en 1994. Il a exercé diverses activités (serrurier-monteur, aide-serrurier, maçon), avant d'être engagé en dernier lieu par l'entreprise B_____ SA (ci-après l'employeur) le 3 septembre 2007 en tant que responsable de chantier - maçon dans le bâtiment pour un salaire horaire de CHF 31.-.
2. En date du 4 juin 2010, l'assuré a consulté le docteur C_____, médecin praticien FMH auprès de la permanence de Cornavin, lequel a constaté des douleurs localisées lors de l'abduction et la rotation de l'épaule, et attesté d'une totale incapacité de travail.
3. Le 14 juin 2010, le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une échographie de l'épaule droite. Cet examen a mis en évidence un discret pincement de l'articulation acromio-claviculaire, un élément hyperéchogène du tendon du supra-épineux au niveau de son insertion distale, un discret épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne, ainsi qu'une petite encoche corticale de la tête humérale.
4. Par rapport du 7 septembre 2010, la doctoresse E_____, médecin généraliste, a indiqué avoir été consultée par l'assuré le 17 juin 2010 en raison de douleurs spontanées de l'épaule droite apparues trois semaines auparavant, associées à des cervico-brachialgies, des fourmillements au niveau du membre supérieur droit, une asthénie, des angoisses et un trouble du sommeil. Par la suite, soit le 25 août 2010, l'assuré avait ressenti des douleurs au bras droit et observé l'apparition d'un hématome sans traumatisme. Il se plaignait également de douleurs à la percussion de la colonne cervico-dorsale et d'une contracture de la musculature para-vertébrale des deux côtés. La Dresse E_____ a constaté des douleurs à la palpation de la face antérieure de l'épaule droite, ainsi qu'une limitation dans les mouvements de cette articulation et une tuméfaction musculaire du bras droit. Elle a diagnostiqué une tendinite de l'épaule droite, un syndrome de l'angulaire de l'omoplate droite, des cervico-brachialgies droites, un état anxieux important, une probable déchirure musculaire du bras droit, une haute tension artérielle et une hémochromatose. L'incapacité de travail était entière depuis sa première consultation.
5. Une arthrographie et une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite, réalisées le 14 septembre 2010, ont révélé une déchirure du tendon du long chef du biceps et une bursite sous-acromiale modérée avec une ébauche d'arthrose acromio-claviculaire.
6. Par rapport du 17 septembre 2010, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a retenu les diagnostics de rupture du long chef du biceps à l'épaule droite dans le cadre d'un conflit sous-acromial, et d'arthrose débutante acromio-claviculaire droite. L'assuré était gêné à l'effort, à la mobilisation du bras avec des douleurs à la face antérieure irradiant jusqu'à l'avant-bras, avec parfois

des fourmillements, et présentait également des douleurs cervicales et au niveau du trapèze à droite. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale dans l'immédiat et la poursuite du traitement conservateur, antalgique et anti-inflammatoire, était préconisée.

7. L'assureur perte de gain maladie de l'assuré a mandaté la clinique Corela, Centre d'observation médicale de l'assurance invalidité (COMAI) afin de déterminer l'état de santé de l'assuré, sa capacité de travail et les possibilités d'une réadaptation professionnelle.

Les docteurs G_____, « medical manager », et H_____, rhumatologue, ont rendu leur rapport d'expertise le 7 octobre 2010. Ils ont rappelé que l'assuré présentait une déchirure du tendon du long chef du biceps qui n'était plus dans sa gouttière avec une rétraction des muscles au niveau du bras, une bursite sous-acromiale modérée et une arthrose acromio-claviculaire droite. Au début du mois de juin 2010, alors que l'assuré présentait des scapulalgies depuis quelques semaines, la situation était devenue plus aigüe avec des douleurs nocturnes importantes, ayant nécessité un arrêt de travail à partir du 4 juin 2010. L'intéressé signalait des douleurs à la mobilisation du bras, avec une sensation de gêne, de fourmillement et de paresthésie de la main, des hématomes au biceps et des cervicalgies. A l'examen clinique, les experts ont relevé un rachis cervical sensible à la palpation de C5 et C6, mais une bonne mobilité rachidienne. Le trapèze à droite était douloureux à la palpation, au niveau de son insertion musculaire, et l'assuré relatait une douleur à la mobilisation de l'épaule en fin d'amplitude articulaire avec des signes de conflit sous-acromial positifs. L'élévation active était à environ 140° et la rotation extrême droite au corps à 50°. La rotation interne permettait de rejoindre la zone L5-S1. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité de maçon, mais totale dès le jour de l'examen, soit le 7 octobre 2010, dans une activité adaptée, sans port de charge de plus de 15kg ni mouvements au-dessus de la ligne des épaules. La poursuite des traitements antalgique et anti-inflammatoire, associés à de la physiothérapie, et une infiltration sous-acromiale étaient conseillées. En outre, une intervention au niveau sous-acromial pourrait être discutée afin d'assurer une décompression, bien que le côté délicat d'une telle opération était connu, une raideur séquellaire de l'articulation étant possible.

8. Suite à une radiographie de l'épaule gauche pratiquée le 20 octobre 2010, le Dr D_____ a conclu que l'espace articulaire gléno-huméral était conservé, qu'un pincement acromio-claviculaire avec une discrète excroissance de l'extrémité distale de l'acromion pouvait provoquer un conflit sous-acromial, et que la tête humérale était de sphéricité conservée, sans clacification adjacente au trochiter.
9. En date du 2 novembre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI), après avoir été informé par son assureur perte de gain que son droit à l'indemnité journalière prendrait fin le 28 février 2011. Il a mentionné être en incapacité totale de travail

depuis le 4 juin 2010 en raison de la rupture du long chef du biceps et d'une arthrose débutante de l'épaule droite.

10. Par rapport du 25 novembre 2010 à l'attention de l'OAI, la Dresse E_____ a diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies aiguës sur des troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire et sur une probable instabilité cervicale (glissement antérieur de C2), une tendinopathie aux épaules des deux côtés, une rupture du long chef du biceps à l'épaule droite, un syndrome du tunnel carpien bilatéral, une hémochromatose, une haute tension artérielle et un état anxio-dépressif. Elle a confirmé que l'activité habituelle ne pouvait plus être exercée et a joint à son rapport divers documents, desquels il ressort notamment que des radiographies des colonnes cervicale, dorsale et lombaire avaient été réalisées en 1997, des examens neurologiques en 1999, une ponction biopsie du foie en 2000, des investigations hématologiques en 2004, un électroneuromyogramme en 2005.
11. Dans un rapport du 19 janvier 2011, le Dr F_____ a indiqué à l'OAI que l'activité antérieure n'était plus exigible, précisant que l'assuré ne pouvait pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, monter sur une échelle ou un échafaudage, ni soulever ou porter du poids.
12. L'OAI a pris en charge une orientation professionnelle du 7 au 25 février 2011 au centre d'intégration et de formation professionnelle (ci-après ORIF) de Vernier.
13. Dans son rapport du 21 février 2011, l'ORIF a mentionné que deux profils de postes avaient été mis en évidence, soit ceux de magasinier-logisticien et de concierge-intendant. Très agréable, poli et consciencieux, l'assuré avait adopté un comportement adéquat et s'était impliqué dans l'équipe. Il avait travaillé de manière sérieuse et assidue, étant relevé qu'il compensait beaucoup avec son bras gauche et avouait une forte douleur en fin de journée, bien qu'il ne se plaignait pas. Sa motivation était bonne et ses capacités d'apprentissage correctes. Compte tenu des difficultés physiques, l'évolution était considérée comme très bonne et une nouvelle observation était suggérée pour examiner si l'évolution était constante.
14. Le 18 mars 2011, les docteurs I_____ et J_____, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont pratiqué une arthroscopie intra-articulaire exploratrice et une acromioplastie. Ils ont diagnostiqué un conflit sous-acromial de l'épaule droite et signalé, à titre de comorbidités, une hypertension artérielle, une surcharge pondérale, une hémochromatose et, à titre d'antécédents personnels, un ulcère gastro-duodéal et un status post cholécystectomie en 2002. L'assuré a séjourné aux Hôpitaux universitaires du Canton de Genève (HUG) du 18 au 22 mars 2011.
15. Le 30 mai 2011, la Dresse E_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, lequel présentait d'importants troubles au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire et de l'épaule droite malgré l'intervention. Elle a également mentionné des angoisses, une asthénie, de la nervosité et des troubles du sommeil.

16. Par rapport du 17 juin 2011, la doctoresse K_____, rhumatologue auprès de la clinique Corela, a rendu un second avis médical à la demande de l'assureur perte de gain. Après avoir consigné les plaintes du recourant et procédé à un examen clinique, elle a conclu que l'assuré devait s'abstenir de tout port de charges de plus de 5kg et de tout mouvement d'abduction, de rétropulsion ou d'antépulsion au-delà de 50° sur une période de trois mois. Actuellement, l'activité professionnelle habituelle n'était pas exigible. Cependant, sur le plan médico-théorique, une capacité de travail totale était envisageable dès le jour de son évaluation. La surveillance de chantier sans mouvement de manutention pourrait correspondre à un tel travail adapté.
17. Le 5 septembre 2011, le Dr J_____ a relevé que les suites post-opératoires avaient été difficiles avec, à cinq mois, une persistance des douleurs et une diminution de la force. L'assuré présentait aussi un syndrome canalaire du nerf ulnaire au coude ipsi-latéral, traité par infiltration et physiothérapie.
18. Le 1^{er} décembre 2011, le Dr J_____ a indiqué que les suites de l'acromioplastie n'étaient pas satisfaisantes, compte tenu de la persistance des douleurs et de l'impotence fonctionnelle active. L'assuré avait repris le travail à 50% le 5 septembre 2011 pour des raisons financières.
19. Par rapport du 16 décembre 2011, ce médecin a signalé qu'une arthro-IRM de l'épaule droite avait mis en évidence l'existence d'un os acromial ayant une répercussion au niveau de l'omoplate et de la clavicule. Il était possible qu'une mobilité anormale au niveau de la synchondrose soit responsable des douleurs.
20. Le 20 mars 2012, le Dr J_____ a relaté que les douleurs de l'assuré étaient de plus en plus insomniantes, la palpation de l'acromion était douloureuse et les mouvements de rotation du membre supérieur engendraient un crépitement sous-acromial. Une infiltration de la synchondrose avait été réalisée, mais elle n'avait pas apporté de réelle amélioration. Dans ces conditions, une ostéosynthèse, laquelle serait particulièrement difficile vu la finesse de l'acromion, n'apparaissait pas raisonnable. Il suggérait un reclassement professionnel.
21. Dans un avis du 4 avril 2012, la doctoresse L_____, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après SMR), a expliqué que la présence d'un os-acromial consistait en une malformation et que dans le cas de l'assuré, la forme méso-acromion n'était pas opérable. Après discussion avec le Dr J_____, elle considérait le cas comme stabilisé. L'incapacité de travail était totale depuis le 4 juin 2010 dans l'activité habituelle, et ce malgré la reprise de travail à 50% qui ne pourrait pas être poursuivie à terme. Dans une activité adaptée, ladite capacité était entière du 7 octobre 2010 (jour de l'examen Corela) au 17 mars 2011, nulle du 18 mars 2011 (date de l'acromioplastie) au 16 juin 2011, et à nouveau entière dès le 17 juin 2011 (jour du second examen à Corela). Les restrictions concernaient les sollicitations répétées du membre supérieur droit et le port de charges.

22. Par rapport du 15 octobre 2012, le docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué qu'un CT 3D avait mis en évidence un os acromial et la présence de ce qui semblait être une résection partielle de la clavicule distale avec la persistance d'un conflit du bord postérieur de l'acromion claviculaire. Comme déjà relevé par le Dr J_____, une nouvelle arthroscopie était envisageable, mais sans garantie de succès.
23. Une mesure d'observation et d'orientation professionnelle à l'ORIF de Vernier a été octroyée à l'assuré, du 13 août au 2 décembre 2012. Il résulte du rapport du 22 janvier 2013 que, après avoir effectué un bilan de ses acquis en français et en calcul, l'assuré a effectué des stages en tant qu'agent d'entretien (position debout en mouvement) du 20 août au 14 septembre 2012, puis d'ébéniste (position alternée assise-debout) du 17 au 21 septembre 2012. Dans le premier métier, il n'a rencontré aucune difficulté à apprendre et comprendre le module de conciergerie, la qualité de son travail était très bonne. Toutefois, l'adéquation entre l'activité et le handicap était faible s'agissant de la dextérité et de la mobilité, ainsi que du port de charges. Concernant les travaux d'ébénisterie, les aptitudes d'apprentissage étaient excellentes, le travail de l'assuré rapide et de qualité. En dépit de son intérêt pour cette activité et de son talent, l'assuré a souffert des positions et s'est plaint de fortes douleurs à l'épaule et dans le bas du dos, de sorte que l'activité ne paraissait pas réellement adaptée. Du 1^{er} au 12 octobre 2012, l'assuré a intégré une première entreprise afin d'évaluer ses compétences et l'adéquation entre le métier de concierge et ses limitations fonctionnelles. Son comportement et son engagement étaient exemplaires, mais il n'a pas pu effectuer toutes les tâches en raison de ses limitations physiques. Le travail était parfois très contraignant pour une personne seule, et le nettoyage des vitres, le ramassage des feuilles et le déblayage de la neige exigeaient une très bonne condition physique. L'assuré a ensuite suivi un programme informatique de base, mais les notions apprises étaient insuffisantes pour débiter un stage de façon autonome et il s'est découragé. Il a accompli un stage inter-ORIF dans la gestion du commerce de détail jusqu'au 2 novembre 2012, mais l'adéquation du poste semblait difficile car la station debout prolongée était nécessaire. Du 5 au 8 novembre 2012, lors d'un stage d'horloger (80% en position assise), ses bonnes capacités d'apprentissage, ainsi que sa rigueur et sa précision ont à nouveau été soulignées. En dépit des douleurs, l'assuré a pu réaliser les gestes professionnels et une activité devant un établi semblait favorable. Du 19 au 30 novembre 2012, il a rejoint un établissement médico-social où ses restrictions n'ont pas été une contrainte. En effet, ses douleurs ont été supportables et il a pu exécuter tous les travaux liés à la maintenance, étant toutefois précisé que le travail avait été moins physique car réalisé par trois personnes qui s'étaient partagé les tâches, alors que la maintenance était normalement accomplie par une seule personne. En conclusion, le travail en individuel n'était pas conseillé, mais l'assuré pourrait intégrer une équipe de maintenance qui pourvoirait à ses limitations fonctionnelles. Une formation en informatique était en outre préconisée.

Après trois mois d'activité à 100%, les observateurs estimaient qu'aucune position n'était satisfaisante car l'assuré devait sans cesse les alterner et avait besoin de se coucher de temps en temps. Ils ont conclu qu'avec une formation adéquate en informatique, l'assuré aurait les aptitudes nécessaires pour évoluer dans les domaines de la gestion du commerce de détail ainsi que dans la maintenance des bâtiments. Ses compétences dans les métiers manuels, ses dispositions dans la gestion d'équipe, son sens de l'organisation ainsi que son grand respect du travail, sa motivation et sa détermination à rejoindre au plus vite le tissu économique étaient relevés.

24. Selon le rapport final de réadaptation professionnelle (daté du 29 juin 2012), le reclassement professionnel de l'assuré était terminé et l'activité d'agent de nettoyage parfaitement adaptée à ses problèmes de santé et en adéquation avec l'exigibilité médicale. La capacité de travail résiduelle était entière dans une activité n'impliquant pas des travaux de force ou des sollicitations répétées de son membre supérieur droit, ni le port de charges lourdes ou modérées de façon répétitive, ni le port de charge le bras au-dessus de l'horizontale.
25. Dans un rapport du 18 février 2013, le Dr M_____ a diagnostiqué un conflit sous-acromial et une arthrose de l'épaule droite. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100% dès le 14 juillet 2012 et signalé que l'assuré ne pouvait plus travailler avec les bras au-dessus de la tête, soulever et porter des charges de plus de 5kg, monter sur une échelle ou un échafaudage. Il devait en outre éviter les activités répétitives avec son épaule droite.
26. Par décision du 30 août 2013, notifiée le 2 septembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, considérant que sa capacité de travail en tant que maçon était nulle, mais que rien ne l'empêchait d'exercer une autre activité physiquement plus légère. Le revenu sans invalidité se montait à CHF 71'587.- et celui avec invalidité était fixé CHF 55'968.-, en tenant compte de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (EES) et d'une réduction de 10% en raison des limitations fonctionnelles. Après comparaison des revenus, la perte de gain se montait à CHF 15'619.-, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 22%, degré insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. En outre, il ressortait du rapport du centre ORIF que l'assuré était parfaitement apte à exercer une activité d'agent d'entretien, sans avoir besoin d'une nouvelle formation ou d'un complément de formation. Il existait un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées qui lui étaient immédiatement accessibles, de sorte que des mesures professionnelles ne seraient ni simples ni adéquates.
27. Par acte du 2 octobre 2013, l'assuré, représenté par un mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée. Il a conclu, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et à ce que l'intimé procède à un nouveau calcul de son degré d'invalidité. Le recourant a invoqué en substance que la nature exacte de ses lésions et leurs incidences sur sa capacité de travail dans une activité adaptée n'étaient pas établies,

compte tenu des constatations médicales contradictoires, le SMR n'ayant pas mentionné la présence de l'os acromial et la résection partielle de la clavicule, avec la persistance d'un conflit acromial. En outre, il a contesté le calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé et allégué qu'il ne pourrait en l'état pas respecter la totalité du cahier des charges d'un agent d'entretien.

28. Dans sa réponse du 15 novembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. D'une part, il a nié toute contradiction entre les rapports médicaux et, d'autre part, précisé qu'il avait déterminé le revenu d'invalidité en se basant sur le tableau TA7, ligne 35 (nettoyage et hygiène publique), pour une activité simple et répétitive (niveau 4), actualisé à 2011 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux.

Il a joint à son écriture un avis de la Dresse L_____ du 28 octobre 2013, laquelle a contesté avoir méconnu des diagnostics orthopédiques. Par ailleurs, elle a considéré que les rapports émis depuis son appréciation finale du 4 avril 2012 ne contenaient pas d'élément indiquant une modification de l'état de santé du recourant.

29. Par rapport du 6 janvier 2014, le Dr J_____ a attesté que la pathologie du recourant entraînait des douleurs et des réveils nocturnes qui rendaient difficile l'exercice d'une activité professionnelle à 100%.
30. Lors d'une audience de comparution personnelle des parties du 29 janvier 2014, le recourant a déclaré que le stage effectué dans l'atelier d'intégration à Vernier avait été difficile, car il était en incapacité de travail à 50 % et le stage devait être effectué à 100 %. Il avait eu plusieurs arrêts de travail. La plupart du temps, il avait lavé des tasses et des assiettes à la cafétéria. Il n'avait pas de connaissance en informatique et n'avait pas suivi de cours. Il a expliqué avoir des douleurs constantes dans le membre supérieur droit et la main enflée, mais le Dr M_____ lui avait déconseillé une intervention, la garantie de succès n'étant pas suffisante. Il a précisé qu'il travaillait encore chez son employeur, à 50% depuis le 5 septembre 2011, dans une activité adaptée. Il ne pouvait pas travailler plus en raison de la fatigue et des douleurs, ajoutant qu'il dormait mal et se réveillait plusieurs fois, ne sentant plus ses mains.

La représentante de l'intimé a déclaré que ce dernier n'était pas entré en matière sur les cours informatiques car la cible professionnelle d'« homme d'entretien », activité devant être comprise comme du travail dans les nettoyages, était confirmée et les compétences du recourant suffisantes pour chercher du travail.

31. Par ordonnance du 17 mars 2014, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise orthopédique et mandaté le docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (ATAS/300/2014).
32. Dans son rapport d'expertise du 26 mai 2014, le Dr N_____ a retenu les diagnostics d'arthrose acromio-claviculaire de l'épaule droite, d'os acromial de type III à droite, instable, d'épaule gelée, de status après une rupture du biceps dans le courant de l'année 2010 à droite, de conflit sous-acromial persistant et invalidant,

d'obésité, d'hémochromatose, de cure d'hémorroïdes en 2012, de cholécystectomie en 2003, de syndrome du canal carpien droit, de tumeur parathyroïdienne et de problèmes hépatiques en investigation aux HUG.

L'expert a relaté les plaintes du recourant et procédé à des anamnèses professionnelle, familiale, et personnelle. A l'examen clinique, le recourant présentait une asymétrie « frappante » des épaules occasionnées par une amyotrophie du trapèze droit. La mobilité de la nuque et des épaules était limitée et il y avait d'importantes contractures dans le trapèze gauche. La palpation de l'acromio-claviculaire et de l'acromion était très douloureuse du côté droit, et l'expert a relevé des signes cliniques de rupture du long chef du biceps à droite, avec un signe de Popeye positif. Le testing de la coiffe des rotateurs était difficile en raison de la limitation fonctionnelle. En outre, il y avait des crépitations sous-acromiales et des signes de conflit positif, et la main était légèrement tuméfiée en raison de l'inactivité, sans trouble neurologique. Tous les troubles relatifs à l'épaule droite étaient présents depuis le mois de juin 2010 et, depuis l'intervention de 2011, la situation était restée désespérément stable, avec une fatigabilité, la persistance des douleurs et des limitations fonctionnelles, soit la perte de l'usage du membre supérieur droit. Malgré les différentes tentatives thérapeutiques (infiltrations, physiothérapie, médication anti-inflammatoire), la situation n'évoluait pas. Concernant les restrictions, le membre supérieur droit était peu fonctionnel, en raison de la perte de plus de 50 % des amplitudes articulaires et de l'absence de force, en particulier lorsqu'il s'agissait d'effectuer des mouvements avec le coude éloigné du tronc. Le recourant avait beaucoup de difficulté à transporter des objets lourds, à effectuer des mouvements avec les bras à hauteur ou au-dessus des épaules, en particulier des mouvements répétitifs. Sa capacité de travail était de 50% au maximum dans l'activité habituelle, sans espoir d'amélioration, et de 100% dans une activité adaptée ne requérant qu'un usage modéré ou occasionnel du membre dominant, telle que huissier ou gardien de musée. L'expert s'est déclaré surpris que le recourant parvienne à exercer à 50% son activité de contremaître, activité qui avait certainement dû être aménagée par l'employeur.

Il était possible de stabiliser l'os acromial et de diminuer ainsi le conflit sous-acromial, mais le succès d'une telle intervention n'était pas garanti, compte tenu de l'évolution chronique de la pathologie. Son pronostic était réservé car la situation était aggravée par les autres diagnostics qui ne facilitaient pas la prise en charge. De même, compte tenu de l'âge et du niveau de formation du recourant, il n'était pas certain que ce dernier puisse retrouver une activité professionnelle suite à une réadaptation professionnelle.

33. Par écriture du 10 juillet 2014, l'intimé a maintenu ses conclusions, considérant que l'expert confirmait les conclusions du SMR du 4 avril 2012, à savoir que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
34. Dans ses conclusions du 22 août 2014, le recourant a également persisté et relevé que l'expert avait certes indiqué qu'une activité à plein temps d'huissier ou de

gardien de musée pouvait être envisagée, mais il avait également souligné que le recourant souffrait d'autres atteintes à la santé qui ne faciliteraient pas sa prise en charge et que son pronostic était réservé concernant un recyclage professionnel. Dans ces conditions, il convenait de considérer que l'activité adaptée n'existait que sous une forme tellement restreinte que le marché du travail ne la connaissait pratiquement pas et qu'elle impliquerait des concessions irréalistes de l'employeur.

35. 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 ; RS/GE E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 30 août 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette

loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329).

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA ; RS/GE E 5 10]).
5. Le litige porte sur le droit du recourant à l'obtention de prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.
6. Selon 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.

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).

7. a. A teneur de l'art. 16 LPGA, 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.

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

c. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris

d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation.

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

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, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. L'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). Il appartient par ailleurs à l'administration d'indiquer quelles sont les possibilités de travail concrètes qui entrent en considération, en fonction des limitations de l'assuré (ATF 107 V 20 consid. 2b = RCC 1982 p. 34).

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).

8. 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. A 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 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. 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).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses

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

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

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).

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).

9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier.

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

10. En l'espèce, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire afin de pouvoir tirer des conclusions définitives quant aux atteintes à la santé présentées par le recourant et leurs conséquences sur sa capacité de travail. Il convient donc de se déterminer en premier lieu sur la valeur probante de ce document.
11. Le rapport du Dr N_____ a été établi en pleine connaissance du dossier, l'expert a tenu compte des plaintes du recourant et procédé à des investigations poussées. Ses conclusions, motivées et convaincantes, ne sont mises à mal par aucun autre spécialiste.

En effet, le diagnostic d'arthrose acromio-claviculaire de l'épaule droite a également été posé par le Dr F_____ (rapport du 17 septembre 2010), les Drs G_____ et H_____ (rapport du 7 octobre 2010) et le Dr M_____ (rapport du 18 février 2013). L'os acromial a été signalé par les Drs J_____ (rapport du 16 décembre 2011) et M_____ (rapport du 15 octobre 2012) et l'épaule gelée par le

Dr J_____ (rapport du 1^{er} décembre 2011). Enfin, le diagnostic de conflit sous-acromial a également été retenu par le Dr F_____ (rapport du 17 septembre 2010), les

Drs G_____ et H_____ (rapport du 7 octobre 2010) et le Dr M_____ (rapport du 18 février 2013).

S'agissant de la capacité de travail, l'expert s'est déclaré surpris que le recourant puisse encore exercer son précédent métier, même à un taux réduit de 50%, et a conclu que l'employeur avait certainement dû aménager les tâches. Tous les rapports produits concluent à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle (rapports des Drs G_____ et H_____ du 7 octobre 2010, de la Dresse E_____ du 25 novembre 2010, du Dr J_____ du 20 mars 2012, de la Dresse K_____ du 17 juin 2011), y compris celui de la Dresse L_____, laquelle a considéré que la reprise de travail à 50% ne pourrait pas être poursuivie à terme et conclu que l'incapacité de travail était totale depuis le 4 juin 2010 dans l'activité habituelle (rapport du 4 avril 2012). Au demeurant, ce fait n'est pas contesté par l'intimé. Partant, il y a lieu de conclure que le recourant n'est plus apte à exercer son métier de maçon dans le bâtiment.

Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, l'expert a estimé que la capacité de travail était entière, précisant que seul un usage modéré ou occasionnel du membre supérieur droit était possible. Il a cité, à titre d'exemple, les activités d'huissier ou de gardien de musée. Quant aux restrictions, il a indiqué que le recourant a beaucoup de difficulté à transporter des objets lourds, à effectuer des mouvements avec les bras à hauteur ou au-dessus des épaules, en particulier des mouvements répétitifs. En effet, le membre supérieur droit, membre dominant, est peu fonctionnel en raison de la perte de plus de 50% des amplitudes articulaires et de l'absence de force. La chambre de céans constate que cette appréciation rejoint celle des Drs F_____ (rapport du 19 janvier 2011) et M_____ (rapport du 18 février 2013) qui ont estimé que le recourant ne peut plus travailler les bras au-dessus de la tête, monter sur une échelle ou un échafaudage, ni soulever ou porter du poids. Contrairement à ces trois spécialistes, la Dresse L_____ a uniquement mentionné que sont contre-indiqués le port de charge et les sollicitations répétées du membre supérieur droit (rapport du 4 avril 2012), sans expliquer pour quelle raison elle ne retient pas les activités avec les bras au-dessus des épaules.

Au vu de ce qui précède, le rapport du Dr N_____ remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. La chambre de céans retiendra ainsi que la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle, mais totale dans une activité ne requérant qu'un usage modéré ou occasionnel du membre supérieur droit, sans port de lourdes charges ni mouvement au-dessus des épaules.

12. L'intimé se réfère à la mesure d'orientation professionnelle accordée au recourant en 2012 et considère que celui-ci est parfaitement apte à exercer une activité d'agent d'entretien sans avoir besoin d'une quelconque formation. Il estime en effet

qu'il existe un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées qui lui seraient immédiatement accessibles, de sorte que de nouvelles mesures professionnelles ne seraient ni simples ni adéquates.

13. 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).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

b. Selon 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, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, n^{os} 2001 et 2002).

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 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 du Tribunal fédéral des assurances I 11/99 du 15 octobre 1999 consid. 6). 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 du Tribunal fédéral des assurances I 552/86 du 27 novembre 1987 consid. 4a, in RCC 1988 p. 191).

c. Selon 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. 1). 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 reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a).

On rappellera encore qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si 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 et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

14. En l'occurrence, la chambre de céans observe que, contrairement à ce que soutient l'intimé, l'orientation professionnelle accordée au recourant ne permet pas de conclure que ses capacités physiques seraient « parfaitement » compatibles avec la profession d'agent d'entretien.

Il est rappelé que le recourant ne peut solliciter son membre supérieur droit que dans une mesure très restreinte puisqu'il ne peut ni travailler avec les bras au-dessus des épaules, ni porter des charges, ni effectuer des mouvements répétitifs. L'expert N_____ a ainsi considéré que des activités d'huissier ou de gardien de musée pourraient être exercées. Or, il résulte clairement du rapport de l'ORIF du 22 janvier 2013 que le métier d'agent d'entretien requiert une très bonne condition physique. Il a d'ailleurs été observé dans un premier temps que l'adéquation entre cette activité et les limitations physiques était faible concernant non seulement la dextérité et la mobilité, mais également le port de charges. Lors des deux stages pratiques, le recourant n'a pas été en mesure d'effectuer certains travaux de maintenance, lesquels ont donc dû être confiés à d'autres personnes.

Dans ces conditions, le choix de l'orientation professionnelle est difficilement compréhensible et les conclusions du rapport final de réadaptation, selon lesquelles l'activité d'agent d'entretien est parfaitement adaptée aux problèmes de santé du recourant et en adéquation avec l'exigibilité médicale, apparaissent des plus contestables, le recourant n'étant manifestement pas en mesure d'exercer un tel métier de façon autonome.

En outre, il est rappelé que les observateurs de l'ORIF ont considéré que le recourant pourrait travailler dans la maintenance des bâtiments ou dans la gestion du commerce de détail, mais moyennant une formation adéquate en informatique. L'intimé ne pouvait donc conclure de façon péremptoire qu'aucune formation n'était nécessaire au recourant.

Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère que le taux d'invalidité du recourant ne peut pas être déterminé en l'état, faute de connaître les possibilités de travail réelles compatibles avec ses limitations fonctionnelles. Il convient donc de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il se détermine sur la perte de gain concrète du recourant, en examinant non seulement quelle activité est encore exigible et avec quel rendement, mais également son existence sur le marché du travail, après avoir mis en œuvre les éventuelles mesures appropriées. Il paraît indispensable que le recourant, âgé de 54 ans, puisse bénéficier d'une nouvelle mesure d'orientation professionnelle afin de déterminer quelle activité serait effectivement compatible avec son état de santé. A cet égard, la chambre de céans rappelle que, bien qu'une activité à l'établi ait été considérée comme « favorable », le rapport de l'ORIF n'expose pas les raisons pour lesquelles ce travail a occasionné des douleurs au recourant. Il en va de même pour l'activité dans la gestion du commerce de détail, les observateurs ont conclu, sans justification aucune, que la station debout prolongée était impossible alors que les différents médecins consultés par le recourant n'ont retenu aucune restriction à cet égard. L'octroi de nouvelles mesures permettrait au recourant d'améliorer sa capacité de gain et favoriserait un retour à la vie active, tout en respectant le principe selon lequel doit exister un rapport raisonnable entre la durée et les coûts de la mesure d'une part et l'efficacité de la réadaptation d'autre part. La chambre de céans

rappelle à ce propos que la première orientation n'a duré que deux semaines et que la seconde mesure, d'une durée de trois mois, a mis en évidence la motivation, la détermination, les bonnes capacités d'apprentissage ainsi que la rigueur et l'attitude irréprochable du recourant.

Le cas échéant, après avoir calculé le degré d'invalidité, l'intimé devra encore se prononcer sur l'octroi d'un reclassement professionnel.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 30 août 2013 annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

Le recourant, représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'espèce à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 1 LPA).

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 30 août 2013.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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