RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3257/2019 **ATAS/195/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 mars 2022

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____ [GE], comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Caroline RENOLD — recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Christine WEBER-FUX, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a**. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1959, originaire du Portugal, arrivé en Suisse le 19 juin 2002, marié et sans enfant.

b. Le 5 septembre 2016, il est tombé sur un container puis au sol, alors qu'il était lourdement chargé sur son lieu de son travail, une cuisine professionnelle, et il a été atteint à l'épaule gauche.

c. [La compagnie d'assurances] B_____ a pris en charge les suites de l'accident, notamment par le versement d'indemnités journalières dès le 12 septembre 2016.

d. L'assuré a été suivi par le docteur C_____, chirurgien orthopédique FMH, qui a diagnostiqué, le 21 mars 2017, une rupture de la coiffe gauche suite à sa chute en septembre 2016. Le traitement était une rééducation d'une capsulite rétractile. L'assuré était totalement incapable de travailler dès le 5 septembre 2016. Le 12 décembre 2016, le Dr C_____ a estimé qu'avant de tenter une réparation de la coiffe, il était important de récupérer un maximum d'amplitude articulaire, raison pour laquelle il renouvelait le bon de physiothérapie. Le 31 janvier 2017, le Dr C_____ a indiqué que l'évolution était peu favorable et que dans les conditions actuelles, tenter une réparation chirurgicale de la coiffe ne semblait pas raisonnable, raison pour laquelle il continuait à prescrire de la physiothérapie. Selon un rapport établi le 26 septembre 2017, le Dr C_____ avait adressé l'assuré à l'hôpital cantonal pour une prise en charge chirurgicale de sa rupture massive de la coiffe avec, dans la mesure du possible, une tentative de réparation ou la mise en place d'une prothèse inversée de l'épaule.

e. Le 2 février 2017, l'employeur de l'assuré a résilié son contrat de travail au 31 mars 2017.

f. L'assuré a fait une demande des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 16 mars 2017, en raison de l'incapacité de travail liée à son accident.

g. B_____ a, par décision du 12 mai 2017, limité son intervention en lien avec l'accident du 6 septembre 2016 aux frais encourus jusqu'au 17 mars 2017, considérant que la suite du cas relevait de l'assurance-maladie. L'assuré a formé opposition à cette décision le 9 juin 2017.

h. L'assuré s'est fait opérer le 31 octobre 2017 par le docteur D_____, _____ [fonction] du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), qui a procédé à une réinsertion arthroscopique de la coiffe avec une ténotomie du long chef du biceps ainsi qu'à une acromioplastie.

i. Selon un rapport établi par le Dr D_____ le 22 décembre 2017, il avait revu l'assuré le 11 décembre précédent, à trois mois de la ténotomie du long chef du biceps, dans un contexte de rupture de coiffe massive irréparable. L'assuré rapportait actuellement une évolution mitigée sans réelle amélioration sur le plan des douleurs. À l'examen clinique, l'épaule restait fonctionnelle, mais présentait

des lésions irréparables qui contrindiquaient le port de poids supérieurs à 5 kg. Il n'y avait pour le moment pas d'indication pour une prothèse totale d'épaule inversée. Si la mobilité venait à diminuer, il faudrait discuter de la pertinence d'une telle thérapie.

j. La doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne, endocrinologie et diabétologie, a indiqué, dans un rapport du 22 janvier 2018, qu'elle suivait l'assuré depuis le 9 mars 2005, avec un dernier contrôle effectué le 10 janvier 2018. Il était totalement incapable de travailler depuis le 10 octobre 2017, date de son opération de l'épaule gauche. Il souffrait d'un diabète de type II bien contrôlé, d'une hypothyroïdie et d'une HTA toutes deux traitées. Le pronostic était réservé en ce qui concernait l'épaule gauche. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle s'en référait aux Drs D_____ et C_____. L'assuré pouvait travailler huit heures par jour dans une activité adaptée à son atteinte à la santé. Le pronostic était réservé compte tenu de son âge et de sa formation.

k. B_____ a confié une expertise du cas au docteur F_____, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur. Dans son rapport du 8 août 2018, il a indiqué avoir examiné l'assuré le 24 mai 2018 et s'être fondé sur un interrogatoire de celui-ci, le bilan radiologique et le dossier qui lui avait été adressé. L'expert a résumé la documentation à disposition, décrit les plaintes subjectives et ses constatations objectives. Il a posé les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de rupture massive de la coiffe des rotateurs, au dépens des tendons sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaires avec subluxation du long chef du biceps (diagnostiquée sur l'arthro-IRM du 20 septembre 2016), capsulite rétractile de l'épaule gauche (diagnostiquée le 27 octobre 2016) et antécédents d'arthroscopie de l'épaule gauche pour ténotomie du long chef du biceps.

Les plaintes et les troubles de l'assuré étaient dus de façon probable à l'accident du 5 septembre 2016. On pouvait considérer que le *statu quo sine* avait été atteint six mois après l'opération chirurgicale.

Le 24 septembre 2019, le Dr F_____ a précisé qu'il n'avait pas connaissance de cuisines aménagées où toutes les casseroles étaient à hauteur de la taille correspondant à un poste adapté et que la capacité de travail de l'assuré était à 100%.

l. Dans un courrier adressé à B_____ le 10 octobre 2018, la Dresse E_____ a indiqué qu'en raison de douleurs chroniques invalidantes de l'épaule gauche et d'un état dépressif majeur réactionnel, l'assuré était toujours incapable de travailler à 100%, même dans une activité adaptée, et ce, tant que les douleurs persisteraient, malgré une prise en charge antalgique et psychothérapeutique importante. Le pronostic de reprise d'une activité professionnelle était réservé.

m. Le 22 novembre 2018, B_____ a informé l'assuré que son médecin-conseil, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-

conseil de B_____, le jugeait apte à exercer une activité adaptée à 100% et qu'au vu de la jurisprudence, afin de lui permettre d'entreprendre des démarches auprès de la caisse de chômage, elle lui verserait les indemnités journalières jusqu'au 28 février 2019.

n. L'assuré a formé opposition à cette décision le 14 décembre 2018.

o. Dans avis du 24 janvier 2019, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a considéré qu'au vu des pièces au dossier, il fallait considérer que la capacité de travail de l'assuré était définitivement nulle dans l'ancienne activité et pleine dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule gauche depuis le 22 janvier 2018, soit trois mois après l'arthroscopie de l'épaule gauche.

p. Par projet de décision du 21 mars 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2017 au 31 mars 2018, considérant que celui-ci était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle dès le 5 septembre 2016 et totalement capable de travailler dans une activité adaptée dès le 22 janvier 2018. Le taux d'invalidité était de 3% en tenant compte d'un revenu sans invalidité de CHF 60'392.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 62'225.- au mois de janvier 2018. Après une amélioration de la capacité de travail de trois mois, soit dès le 1er avril 2018 (art. 88a al. 1 RAI), son droit à la rente d'invalidité s'éteignait. Un taux inférieur à 20% ne lui ouvrait pas de droit aux prestations sous forme de rente et des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires dans sa situation.

q. Le 5 avril 2019, l'assuré a formé opposition au projet de décision précité, dans la mesure où celui-ci retenait une capacité de travail entière dès le 22 janvier 2018. Ce constat était étonnant, dès lors qu'il ressortait clairement du dossier médical ainsi que du dossier de B_____ que le cumul des limitations somatiques et psychiques conduisait à une invalidité totale.

r. Par décision sur opposition du 15 avril 2019, B_____ a rejeté l'opposition de l'assuré, qui a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.

s. Par décision du 8 juillet 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2017 au 31 mars 2018.

B. **a**. Le 4 septembre 2019, l'assuré a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision de l'OAI, concluant à ce qu'une expertise pluridisciplinaire, orthopédique et psychiatrique, soit ordonnée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2018, avec suite de frais et dépens.

À l'appui de son recours, le recourant a produit un rapport établi le 2 septembre 2019 par la Dresse E_____, dont il ressortait que depuis son accident du 5 septembre 2016, il avait développé un état anxio-dépressif majeur réactionnel,

qui était progressivement devenu chronique. Afin de soulager ses douleurs et son angoisse, il consommait quotidiennement du cannabis. Tant que persistaient ses douleurs et l'état anxio-dépressif, l'assuré était totalement incapable de travailler même dans une activité adaptée.

b. Par réponse du 4 novembre 2019, l'intimé a conclu au rejet partiel du recours. Ses conclusions précédentes restaient valables hormis la date d'exigibilité de reprise d'une activité adaptée à 100%, qui devait être fixée à six mois après l'opération chirurgicale de l'épaule, comme retenu par le Dr F_____ dans son expertise du 8 août 2018, soit au 22 avril 2018, en lieu et place du 22 janvier 2018. En conséquence, la décision litigieuse devait être modifiée dans le sens où le recourant avait droit à une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2017 au 31 juillet 2018, en application de l'art. 88a al. 1 RAI.

c. Par arrêt du 18 décembre 2019 (ATAS/1181/2019), la chambre de céans a annulé la décision sur opposition rendue par B_____ et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire, considérant n'être pas en mesure de déterminer à partir de quand le *statu quo sine vel ante* avait été atteint, ni si le recourant pouvait mettre en valeur une capacité résiduelle de travail dans son activité antérieure ou dans d'autres professions potentiellement mieux adaptées à son état de santé, le cas échéant depuis quand, à quel taux et moyennant quelles limitations fonctionnelles.

d. Le recourant a été entendu par la chambre de céans le 17 juin 2020. Son mandataire a relevé que vu le renvoi de la cause à B_____, il y avait lieu de faire une expertise conjointe, ce qui devait être possible, puisque l'expert n'était pas encore nommé. Le recourant maintenait ses conclusions en octroi d'une rente entière d'invalidité jusqu'au jour de l'audience (amélioration de l'état de santé depuis deux ou trois mois, plus les trois mois en cas de révision), puis demandait une rente partielle fondée sur une capacité partielle de 50% et des mesures de réadaptation. Le taux d'abattement devait tenir compte des années de service du recourant dans la restauration et être au moins de 20%.

e. Par ordonnance du 18 novembre 2020, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier de B_____.

f. Selon le rapport d'expertise établi le 11 décembre 2020 par le docteur H_____, médecin adjoint du service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), sur demande de B_____, les diagnostics étaient :

- omalgies et limitation fonctionnelle (force et mobilité) épaule gauche sur rupture massive de la coiffe des rotateurs ;
- S/p capsulite rétractile de l'épaule gauche (diagnostiquée le 27 octobre 2016) ;
- S/p arthroscopie de l'épaule gauche (31 octobre 2017), avec ténotomie du long chef du biceps.

L'assuré ne bénéficiait plus de traitement spécifique en lien avec son épaule gauche. Il ne prenait pas de traitement antalgique à domicile et n'avait plus de séances de physiothérapie. Il n'existait actuellement pas d'autre traitement susceptible d'améliorer son état actuel, au vu de sa clinique et de sa gêne. L'état actuel était stabilisé depuis la fin de l'année 2018. L'assuré était limité dans le port de charges avec le membre supérieur gauche et dans les amplitudes articulaires concernant la flexion et la rotation externe. La capacité de travail pour toutes activités nécessitant le port de charges de plus de 5 kg et/ou l'utilisation du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale était nulle, mais elle était de 100% dans une activité adaptée.

g. Le 2 février 2021, l'intimé a constaté, sur la base d'un avis du SMR du 2 février 2021, que les éléments pertinents du dossier LAA étaient concordants avec la précédente appréciation du SMR, de sorte qu'il persistait dans ses conclusions.

h. Le 24 mars 2021, le recourant a également persisté dans ses conclusions.

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

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

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

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 juillet 2018.

5.

5.1 Sur le plan orthopédique, le recourant a indiqué lors de l'audience du 17 juin 2020 que son état de santé s'était amélioré depuis deux ou trois mois et qu'il

pourrait travailler actuellement à 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

L'intimé a retenu dans la décision querellée que le recourant était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée dès le 22 janvier 2018, sur la base d'un rapport du SMR du 24 janvier 2019, qui retenait cette date au motif que c'était trois mois après l'arthroscopie que le recourant avait subie à l'épaule gauche le 31 octobre 2017.

Suite au recours, l'intimé a modifié sa position et retenu, sur la base de l'expertise du Dr F_____, que le recourant était totalement capable de travailler dans une activité adaptée dès le 22 avril 2018, soit 6 mois après son opération subie, de sorte que celui-ci avait droit à une rente d'invalidité entière jusqu'au 31 juillet 2018, et non jusqu'au 31 mars 2018, comme retenu dans la décision du 12 juin 2019.

Dans son rapport d'expertise du 11 décembre 2020, le Dr H_____ a fixé le début d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée au mois d'octobre 2018. Ce n'est pas parce que cette expertise a été effectuée dans le cadre de la procédure LAA qu'elle ne peut pas être utilisée dans la procédure LAI, dès lors qu'elle porte sur les mêmes faits et la même problématique médicale.

Le Dr H_____ a justifié sa position en raison des différents documents attestant de la clinique et de la symptomatologie de l'assuré dans le courant de l'année 2018, faisant valoir que la mobilité de l'épaule de l'assuré s'était améliorée entre les constats faits par le Dr F_____ dans son rapport du 8 août 2018 et ceux du Dr G_____, qui indiquait dans son rapport du 23 octobre 2018, il n'y avait plus de capsulite rétractile, que les amplitudes des rotations s'étaient améliorées et que l'assuré ne prenait plus aucun antalgique. Dans ce sens, il semblait juste au Dr H_____ que la date de stabilisation soit arrêtée au mois d'octobre 2018.

Le recourant estime que le Dr H_____ disposait de données cliniques et symptomatologiques plus détaillées que le Dr F_____ et que sa détermination de la date de stabilisation devait se voir reconnaître plus de valeur probante.

Le 26 novembre 2021, l'intimé a indiqué que dans un avis du 26 novembre 2021, le SMR considérait qu'une aptitude à la réadaptation ne pouvait être conditionnée à une pleine récupération des amplitudes maximales des articulations, de sorte qu'il maintenait sa position.

5.2.

5.2.1 Dans l'assurance-invalidité, l'invalidité est survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Pour déterminer le droit à une rente d'invalidité, il faut ainsi examiner si les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI sont remplies. Contrairement à l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents est, quant à elle, chargée du traitement de l'atteinte à la santé (cf. art. 10 LAA) et le droit à une rente de cette assurance ne dépend pas de la durée d'une incapacité de travail, mais du moment à partir duquel

il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et du terme d'éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. Les offices AI n'ont, quant à eux, pas à attendre l'issue des mesures thérapeutiques, ni la stabilisation du cas, mais sont tenus d'évaluer la capacité de gain des assurés bien avant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 8.2). En vertu de son obligation de réduire le dommage, il incombe à l'assuré de mettre sa capacité de gain à profit dès que cela est médicalement exigible. Tel est le cas du point de vue de l'assurance-invalidité, par exemple pour un recourant se trouvant en mesure d'occuper à plein temps une activité lucrative adaptée à l'état non entièrement stabilisé de ses genoux (arrêt du Tribunal fédéral 9C_423/2019 du 23 janvier 2020 consid. 6.1).

5.2.2 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).

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. A 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).

5.2.3 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 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).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

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).

5.3. En l'espèce, tant les Drs F_____ que H_____, deux spécialistes en chirurgie orthopédique, ont retenu, sur la base d'expertises, que le recourant pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès 2018. Leurs conclusions ne divergent que sur la date à partir de laquelle cette capacité pouvait être exigée.

Seule la Dresse E_____ estime que le recourant est resté totalement incapable de travailler. Ses conclusions ne sont toutefois pas à même de remettre en cause celles des deux experts précités sur le plan orthopédique, dès lors qu'elle n'est pas spécialisée dans ce domaine et qu'elle prenait en compte une atteinte psychiatrique.

S'agissant de la date du début de l'exigibilité d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, elle dépend, du point de vue de l'assurance-invalidité, du

moment à partir duquel l'assuré peut mettre sa capacité de gain à profit sur le plan médical, même si son état de santé n'est pas stabilisé. Tel était déjà le cas le 22 janvier 2018, selon le Dr F_____, soit six mois après l'opération subie par le recourant. Les conclusions du Dr H_____, fondées notamment sur les améliorations constatées par le Dr G_____ le 23 octobre 2018, ne sont pas déterminantes, car il n'en ressort pas que le recourant n'était pas déjà capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 22 janvier 2018.

Les faits sont ainsi suffisamment instruits sur le plan orthopédique et il convient de retenir que le recourant était totalement capable de travailler dans une activité adaptée dès le 22 janvier 2018, comme l'admet l'intimé.

6.

6.1 Le recourant a fait valoir que l'intimé a rendu la décision querellée sans tenir compte du fait qu'il avait développé suite à l'accident un état anxio-dépressif majeur réactionnel devenu progressivement chronique et que pour soulager ses douleurs et son angoisse, il consommait quotidiennement du cannabis, selon l'attestation de la Dresse E_____ du 2 septembre 2019. Cumulées aux problèmes orthopédiques et à ses douleurs constantes, ses difficultés conduisaient la Dresse E_____ à le considérer comme totalement incapable de travailler dans toutes activités, selon son rapport du 2 septembre 2019.

L'intimé a fait valoir que le rapport médical de la Dresse E_____ du 2 septembre 2019 était postérieur à la décision litigieuse et que ce médecin n'avait jamais indiqué dans ses précédents rapports médicaux que le recourant présentait une atteinte psychiatrique, notamment dans son rapport du 22 janvier 2018. À aucun moment au cours de l'instruction, il n'avait été question d'une atteinte à la santé psychique pouvant avoir une influence sur la capacité de travail du recourant. De plus, dans son rapport du 18 août 2017, le Dr C_____ avait indiqué clairement qu'il n'existait pas de trouble psychiatrique dont la gravité nécessiterait une prise en charge psychiatrique.

6.2

6.2.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la

capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

6.2.2 Il convient 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 limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs suivants :

Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

6.2.3 Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les 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 psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Par ailleurs, le Tribunal fédéral avait retenu que l'assuré menacé d'une suppression de rente et qui, dans ce cadre, alléguait une mise en danger de son existence en présentant par exemple une grande nervosité, un abattement patent, un désespoir profond, un désir de mort passif, une dépression de degré moyen etc. n'étaient pas, à ce stade, des symptômes pertinents en droit de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_953/2012 du 5 avril 2013, consid. 3.1).

7.

7.1 En l'espèce, si l'intimé n'a pris connaissance des problèmes psychiques du recourant pour la première fois que suite au recours de celui-ci contre sa décision du 8 juillet 2019, à l'appui duquel le rapport médical de la Dresse E_____ du 2 septembre 2019, qui en faisait état, était produit, il faut constater que cette dernière avait déjà noté que le recourant souffrait d'un état dépressif majeur réactionnel le 10 octobre 2018, selon le rapport du même jour adressé à la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA), soit avant la décision de l'OAI du 8 juillet 2019.

Dans son rapport du 18 août 2017, le Dr C_____ a simplement répondu « non » à la question de savoir si en cas de troubles psychiques, leur gravité nécessiterait une prise en charge psychiatrique. Cette appréciation non motivée et émanant d'un spécialiste en orthopédie ne suffit pas à exclure que le recourant souffrait d'une atteinte psychique au moment de la décision querellée.

Dans l'expertise du Dr F_____ du 8 août 2018, il est fait mention du diagnostic de consommation chronique de cannabis, sans influence sur la capacité de travail.

L'expert indiquait, à la question relative à l'état psychologique du recourant, qu'il n'était pas expert dans la santé mentale et qu'il ne pouvait donc pas se prononcer sur cette question, mais que l'expertisé lui avait indiqué avoir un moral très bas, car il s'ennuyait et avait des problèmes d'argent.

Le recourant a notamment déclaré à la chambre de céans, lors d'une audience du 17 juin 2020, que suite à l'accident, il avait eu des douleurs très fortes et se sentait angoissé. Maintenant, il se sentait beaucoup mieux, même si parfois, il se sentait encore angoissé et triste parce qu'il n'avait pas d'occupation. Il n'avait pas eu besoin d'aller consulter en raison de ses angoisses, un autre médecin que la Dresse E_____, qu'il voyait régulièrement depuis l'accident et même avant. Il lui disait qu'il était angoissé et pas bien dans sa tête. C'était juste après l'accident et suite à son licenciement six mois après. L'angoisse était liée aux douleurs et aux difficultés pour dormir à cause de son épaule. La Dresse E_____ ne lui avait pas proposé de traitement. Il fumait tous les jours du cannabis depuis environ 40 ans et cela le soulageait à tous les niveaux. Il avait peur des antidouleurs. Il pensait qu'on lui en avait proposés, mais il n'en avait pas besoin, car il fumait tous les jours du cannabis. Il se sentait mieux au niveau des douleurs depuis quelques mois, mais l'angoisse persistait.

Les rapports du Dr F_____ et de la Dresse E_____ ainsi que les déclarations du recourant à la chambre de céans laissent penser que le recourant pouvait souffrir d'une atteinte psychique en 2018, quand bien même ces deux médecins ne sont pas psychiatres.

L'argument de l'intimé selon lequel les troubles en réaction à une décision négative de l'assurance-invalidité pouvaient être traités médicalement de manière adéquate et qu'il ne pouvait en découler de handicap psychique invalidant, n'apparaît pas convaincant. Vu la teneur du rapport de la Dresse E_____ du 10 octobre 2018, il semble en effet plus probable que le terme réactionnel qu'elle utilisait se rapportait aux douleurs chroniques invalidantes de l'épaule gauche, qu'à une décision négative d'une assurance, étant de plus relevé qu'à cette date, la seule décision négative reçue par l'assuré était la décision de la SUVA du 12 mai 2017, qui avait fait l'objet d'une opposition, mais pas encore d'une décision sur opposition, et que le recourant n'avait pas encore reçu le projet de décision ni la décision de l'intimé.

Cela étant, il faut constater que si atteinte psychique il y avait, celle-ci n'atteignait manifestement pas un degré de gravité suffisant pour la considérer incapacitante, au vu des indicateurs du Tribunal fédéral. En effet, s'il a ressenti des angoisses après son accident, le recourant n'a pas éprouvé le besoin d'aller consulter un psychiatre, ni de prendre des antidépresseurs, préférant fumer du cannabis, ce qu'il fait quotidiennement depuis environ 40 ans, sans que cela semble lui avoir posé problème. Il a en outre indiqué à la chambre de céans que ce n'était pas les angoisses qui l'empêchaient de travailler et qu'au contraire, cela lui ferait plutôt du bien de travailler à ce niveau-là. Il ressort en outre de ses déclarations qu'il

peut aller marcher deux fois par jour pendant une heure, faire les courses et préparer les repas pour sa famille. Certes, il déclare ne pas rencontrer d'amis ou d'anciens collègues, mais il va toutefois parfois jouer au billard et entretient de bons rapports avec sa femme et sa fille. Il s'occupe parfois de ses petites-filles de 4 ans et 7 ans, ce qui le distrait et lui procure du plaisir. Il s'occupe aussi des affaires administratives.

Il en résulte qu'une instruction complémentaire sur le plan psychiatrique n'est pas non plus nécessaire, car il est suffisamment établi qu'une activité professionnelle était exigible du recourant, même dans l'hypothèse où il souffrirait d'une atteinte psychique.

8. Reste à déterminer si l'intimé a correctement établi le degré d'invalidité du recourant après son retour à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

8.1 Le recourant a fait valoir qu'il n'existait pas d'activité professionnelle exigible au vu de ses limitations fonctionnelles sur le plan physique et sur le plan psychique au-delà de 50%, sur le marché équilibré du travail, ce d'autant plus si l'on tenait compte de son âge.

8.2

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

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).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1).

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

8.2.3 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un

potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En revanche, il a contesté un abattement dans le cas d'un assuré âgé de 55 ans au motif que ses excellentes qualifications personnelles, professionnelles et académiques constituaient un avantage indéniable en terme de facilité d'intégration sur le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3).

Dans un arrêt 9C_677/2015 du 25 janvier 2016, le Tribunal fédéral a jugé qu'un abattement de 15% se justifiait, vu la nature des limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé (pas de mouvement en porte-à-faux, pas de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis, alternance des positions debout et assis), lequel était, en outre, âgé de 54 ans et avait été absent de façon prolongée du marché du travail. Seules des concessions salariales sensibles pourraient compenser cet état de fait et permettre à l'intéressé d'être compétitif sur le marché du travail.

Dans un arrêt 8C_311/2015 du 22 janvier 2016, le Tribunal fédéral a estimé qu'un taux de 10% tenait suffisamment compte de l'âge de l'assuré (près de 55 ans au moment de la comparaison des revenus) et de ses limitations fonctionnelles. Il a relevé qu'un abattement plus élevé n'était pas indiqué, dès lors qu'il n'y avait pas lieu de retenir des problèmes particuliers d'adaptation. L'assuré avait été en mesure de changer d'entreprise et de se plier à de nouvelles contraintes émanant d'employeurs différents. Par ailleurs, on ne pouvait prendre en compte des difficultés linguistiques dans le cas d'un assuré arrivé en Suisse en 1981 et y ayant vécu de nombreuses années. Quant à l'absence de formation professionnelle certifiée et à la scolarité limitée, les premiers juges ont rappelé que ce défaut n'avait pas entravé l'assuré dans ses recherches d'emploi avant d'être atteint dans sa santé.

8.2.4 Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2).

Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un

agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

8.3.

8.3.1 En l'espèce, au moment où une activité a été exigible dans une activité adaptée, le 22 janvier 2018, le recourant était âgé de 58 ans. Il n'apparaît pas dénué de ressources, ce qui ressort notamment du rapport d'évaluation d'intervention précoce faisant suite à un entretien du 23 mai 2017, lors duquel il avait indiqué avoir travaillé au Portugal dans la gestion de stock en qualité de commercial et en Suisse en qualité d'aide de cuisine, notamment dans le conditionnement de poissons (emballage ou tranchage). Il avait pu ensuite, dans le cadre d'une période de chômage, bénéficier d'un programme complet chez I_____ [organisation active dans la réinsertion], où il avait effectué un stage de trois mois en qualité de commis de cuisine. Après une période de six mois de travail prolongé, il avait pu obtenir un contrat à durée indéterminée. L'assuré a également indiqué qu'il serait éventuellement intéressé à travailler comme agent de sécurité ou comme surveillant.

Il y a dès lors lieu d'admettre que le recourant pouvait trouver un travail dans un marché équilibré du travail.

8.3.2 L'abattement sur le salaire avec invalidité retenu par l'intimé prend correctement en compte l'âge du recourant ainsi que ses limitations fonctionnelles. Quoi qu'il en soit, même en tenant compte d'un abattement de 20% comme demandé par le recourant, cela ne lui ouvrirait pas le droit à une rente.

9.

9.1 Le recourant a demandé des mesures de réadaptation.

L'intimé a considéré dans la décision querellée qu'un taux inférieur à 20% ne lui ouvrait pas de droit aux prestations sous forme de rente et que des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires dans sa situation.

9.2

9.2.1 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). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI).

Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

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). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid 3.2 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).

9.2.2 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). 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).

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).

9.2.3 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, nos 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que 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. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

9.2.4 Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit : à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a); à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b).

Selon la jurisprudence, les raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 consid. 6a). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances] I 421/01 du 15 juillet 2002, consid. 2c in VSI 2003 p. 274; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2010 du 9 août 2011 consid. 2.2).

Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, in VSI 2003 p. 274) principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurait valable également après l'entrée en vigueur de la 4ème et de la 5ème révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162; arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 5.2).

9.3 En l'espèce, le recourant n'atteint pas le seuil de 20% de taux d'invalidité donnant droit à une mesure de reclassement. Le service de réadaptation de l'intimé a indiqué, dans un rapport du 6 février 2019, qu'il pouvait prétendre à de nombreux emplois tels que patrouilleur scolaire, surveillant de cantine scolaire, polisseur/emboîter, démarcheur téléphonique, préposé à l'emballage, contrôleur, visiteur en salle blanche dans l'industrie légère, huissier, par exemple dans un musée, coursier pour les livraisons express (lettres urgentes, recommandés), employé dans un centre d'appels et que ces activités respectaient ses limitations fonctionnelles et ne requéraient pas de formation particulière.

Il convient ainsi d'admettre qu'il existe un nombre suffisamment large d'activités légères sur le marché du travail que le recourant peut assumer sans formation particulière, de sorte que ni un reclassement ni une mesure d'orientation professionnelle ne se justifient en l'espèce. En outre, le recourant n'est pas entravé par son atteinte à la santé dans sa faculté de rechercher un emploi.

En conséquence, le recourant n'a pas droit à des mesures d'ordre professionnel.

10. Infondé, le recours sera rejeté.

Vu l'issue du litige, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis 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	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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