RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3897/2019 **ATAS/158/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 février 2022

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian DANDRES	recourant

contre

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

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

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1974, a déposé une demande de prestations invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 29 janvier 2019. Dans la rubrique « atteinte à la santé », il indiquait mal de dos et mal à l'épaule et donnait les coordonnées du docteur B_____, rhumatologue, en qualité de médecin traitant.

b. En date du 7 février 2019, le Dr B_____ a envoyé à l'OAI un rapport médical dûment complété. Sous la case « début de la longue maladie et capacité de travail exigible », le médecin traitant indiquait avoir vu le patient à quatre reprises en quatre ans, le dernier contrôle datant du mois de décembre 2018. La situation médicale était décrite comme une déchirure de la coiffe des rotateurs à droite en 2011 et à gauche en 2013 ; en dehors de cela, il était indiqué qu'il n'y avait aucune plainte. Sous la rubrique concernant les heures de travail que le patient pouvait effectuer chaque jour, le médecin traitant répondait huit heures par jour. Par courrier du 28 février 2019, le Dr B_____ informait encore l'OAI que l'assuré était, à sa connaissance, suivi par un chiropraticien, le docteur C_____.

c. En date du 16 mai 2019, le Dr C_____ a envoyé à l'OAI un rapport médical dûment complété. Sous la case « capacité de travail exigible », il indiquait 0 % dans l'activité habituelle et 100 % dans une activité adaptée avec un début de l'aptitude à la réadaptation fixé au 1er juin 2019. Les limitations fonctionnelles étaient d'éviter des efforts impliquant la région lombaire. Sous « situation médicale », il était indiqué que le patient souffrait du dos depuis les années 1990 et que ses symptômes médicaux étaient des lombalgies chroniques. Il ne prenait pas de médicaments. Le pronostic était considéré comme bon dans une activité qui n'implique pas le dos avec, comme limitations à la réadaptation, l'âge du patient et sa formation de base. Le Dr C_____ précisait encore que les limitations dans les tâches ménagères consistaient en la position et la durée de l'activité.

d. Dans son formulaire de confirmation d'inscription déposé auprès de l'office régional de placement (ci-après : l'ORP) en date du 24 août 2018, l'assuré avait indiqué différentes activités ; il avait été mécanicien de 1995 à 1996, puis avait travaillé dans la sécurité auprès d'un établissement nocturne entre 1996 et 1997. Il avait travaillé en tant qu'enquêteur salarié, puis indépendant, depuis le début des années 2000 jusqu'à ce jour. Il était encore mentionné qu'il s'agissait d'un grand sportif, ayant exercé le ski de compétition depuis l'âge de 9 ans, les sports de combat, notamment le karaté et le full contact, la protection rapprochée, le maniement professionnel des armes, le coaching sportif et la maîtrise de la conduite automobile, dans le cadre de son activité dans le domaine de la sécurité.

B. **a.** En date du 8 juillet 2019, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Selon l'OAI, à l'issue de l'instruction médicale, il était reconnu une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle, dès le mois de janvier 2011 (début du délai d'attente d'un an). Cependant, dès cette même date, l'OAI estimait que la capacité de travail était de 100 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Pour cette raison, le degré d'invalidité était considéré comme nul et des mesures professionnelles n'étaient pas applicables dans sa situation.

b. L'assuré a demandé un entretien, qui a été fixé en date du 29 août 2019, lors duquel il a pu exposer sa situation à un gestionnaire de l'OAI. Il a contesté le refus de mesures de réadaptation professionnelle, ainsi que le fait que l'on estime qu'un assuré sans formation spécifique pouvait obtenir un revenu annuel de CHF 67'000.- - soit *grosso modo* le montant du salaire statistique selon ESS, ligne Total, activités simples et répétitives, tous secteurs confondus, sans qualification requise, pour un homme exerçant une activité à 100 % - dans la conjoncture économique actuelle.

c. En date du 18 septembre 2019, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles qui reprenait la motivation figurant dans le précédent projet de décision du 8 juillet 2019.

C. **a.** Par mémoire du 21 octobre 2019 posté le même jour, l'avocat de l'assuré a interjeté un recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision du 18 septembre 2019. Il a conclu, préalablement, à l'audition du recourant et du Dr B_____, ainsi qu'à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision du 18 septembre 2019 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, dès le mois de janvier 2011, avec suite de frais et dépens. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision du 18 septembre 2019 et à l'octroi de mesures professionnelles.

b. Postérieurement au recours, le mandataire du recourant a communiqué à la chambre de céans un courrier du Dr B_____, daté du 20 novembre 2019, confirmant que le recourant avait souffert d'une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite en 2011 et de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche en 2013 et avait bénéficié d'un traitement conservateur. Depuis lors, il se plaignait de douleurs chroniques au niveau des deux épaules et avait été vu à huit reprises depuis 2015. Ayant constaté une périarthrite scapulohumérale chronique des deux épaules sur un conflit sous-acromial, le médecin traitant recommandait que le recourant ne porte ni ne soulève de charges de plus de 10 kg et évite les mouvements répétitifs avec les deux épaules. Sur la capacité de travail, il la considérait comme nulle dans son ancien travail d'agent de sécurité et de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

c. Par courrier du 6 janvier 2020, l'OAI a répondu au recours. Il avait transmis le courrier du Dr B_____ à son service médical régional (ci-après : le SMR) qui avait répondu, par avis médical du 16 décembre 2019, joint à la réponse ; la doctoresse D_____, considérait que les diagnostics énoncés par le Dr B_____ dans son courrier du 20 novembre 2019 étaient déjà connus au dossier de l'assuré et que l'OAI en avait tenu compte lorsqu'il avait statué pour rendre la décision querellée. S'agissant de la capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, le médecin-conseil la contestait, relevant qu'en février 2019, le même médecin traitant n'avait pas retenu d'atteinte incapacitante sur le plan rhumatologique, estimant que l'assuré pouvait travailler à 100 % ; de même, en juin 2019, le Dr C_____ avait également indiqué que l'assuré pouvait travailler dans une activité adaptée à 100 %. En l'absence d'indications concernant l'aggravation de l'état de santé de l'assuré et/ou de description de limitations articulaires, le médecin-conseil considérait qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de la décision querellée.

d. Par courrier du 30 juin 2020, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise rhumatologique au docteur E_____. Les parties n'ayant pas fait valoir de motifs de récusation, un projet de mission d'expertise avec libellé des questions leur a été transmis en date du 8 janvier 2021. L'OAI a acquiescé et le mandataire du recourant a demandé un ajout pour la question 6.3. ; la mission d'expertise a été complétée selon la proposition du mandataire du recourant.

e. Le Dr E_____ a rendu son rapport d'expertise en date du 25 novembre 2021. L'assuré avait été vu par l'expert le 11 août 2021, entre 13h30 et 16h12. L'expert avait récapitulé les pièces médicales du dossier ainsi que celles apportées par l'assuré lors de l'entretien, soit une IRM de l'épaule droite du 7 novembre 2011 et une radiographie de la colonne cervico-dorso-lombaire du 22 janvier 2013. L'assuré se plaignait de blocages lombaires, depuis l'âge de 20 ans, expliquant avoir fait du ski très jeune, avec des compétitions de niveau international, ainsi que des arts martiaux pour lesquels il s'entraînait tous les jours. Depuis deux ans, il faisait du fitness à raison de trois fois par semaine, de longues randonnées en VTT d'une trentaine de kilomètres, mais il avait mal au dos quand il faisait du ski. À plusieurs reprises pendant l'entretien avec l'expert, l'assuré avait cité des anecdotes qui, selon lui, démontraient qu'il était traité de manière raciste, y compris par les employés de l'Hospice général auprès duquel il émargeait. Fils unique, sans enfant, l'assuré, qui se décrivait comme « métissé », disait voir de moins en moins de gens si ce n'est sa mère et quelques amis, car il évitait toute personne qu'il soupçonnait être raciste. Décrivant une journée-type, il se levait vers 9h00-10h00, faisait du sport, des exercices de gainage notamment, mangeait souvent un plat du jour à midi, regardait la TV le soir et se couchait après une promenade. Pendant le week-end, il faisait des tours en VTT. Il s'occupait seul de son ménage. Sur sa vision de l'avenir, l'assuré exposait qu'il aimerait travailler

dans des activités telles que technicien d'entretien pour une régie ou éventuellement moniteur d'auto-école. Il disait s'être inscrit au chômage, mais la collaboration avec sa conseillère en personnel s'était mal passée et il considérait, de toute façon, qu'à son âge, il ne retrouverait pas de travail. L'expert décrivait l'assuré comme étant en excellent état général, doté d'une musculature au-dessus de la norme, avec une masse musculaire bien au-dessus de la moyenne.

Le Dr E_____ posait comme diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail : une lombodiscarthrose, modérée cliniquement et modérée à sévère sur le plan radiologique, depuis au moins janvier 2013, mais bien compensée grâce aux exercices de gainage de l'assuré ; une arthrose débutante de la MTP1 gauche débutante et faible, tout en précisant que ces diagnostics incapacitants étaient confirmés en radiologie et donc objectivés de manière irréfutable. Le lumbago n'était pas considéré comme ayant des répercussions sur la capacité de travail car il s'agissait d'une pathologie aiguë mais qui n'entraînait pas d'incapacité durable.

Répondant aux questions posées dans le mandat de la chambre de céans, l'expert considérait qu'il n'y avait pas d'exagération des symptômes et que le tableau clinique était cohérent. L'évolution était considérée comme très bonne, grâce aux exercices de musculation et de gainage pratiqués régulièrement par l'assuré. Les limitations fonctionnelles étaient de ne pas porter de charges de plus de 15 kg, pas de port de charges répétitives, pas de station debout statique, pas de position assise prolongée de plus d'une heure, pas de rotation du tronc, pas de travail penché en avant en arrière. S'agissant de l'arthrose débutante de la MTP1, les limitations fonctionnelles, depuis juillet 2020, étaient : pas de position debout sur la pointe des pieds, pas de position accroupie. La capacité de travail dans l'activité habituelle de réparateur en automobiles était nulle, très probablement depuis janvier 2010 et certainement depuis janvier 2013. En revanche, l'assuré était capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles, étant précisé que toute activité dans le secteur tertiaire était possible depuis toujours, activité que l'assuré avait déjà exercée lorsqu'il était conseiller financier diplômé et gérant de club de détente. La baisse de rendement était fixée, au maximum, à 10 % en raison du changement de position nécessaire toutes les heures, mais seulement si l'expertisé venait à devoir occuper un poste nécessitant une position statique. Dans une activité qui permettait l'alternance de positions, il n'y avait pas de baisse de rendement, ladite capacité de travail dans une activité adaptée était restée stable à 100 % au niveau des horaires et au minimum à 90 % de rendement depuis janvier 2010.

f. Par courrier du 26 novembre 2021, la chambre de céans a transmis le rapport d'expertise du Dr E_____ aux parties et leur a fixé un délai pour faire leurs observations. L'OAI a considéré, en se fondant sur le préavis de son SMR, que l'expertise devait se voir accorder une valeur probante. Après deux demandes de prolongation de délai, le mandataire du recourant a considéré, par courrier du 11 février 2022, que l'expert s'était montré optimiste sur la capacité du recourant de

reprendre une activité professionnelle, dès lors qu'il ne bénéficiait pas d'une formation solide dans le secteur tertiaire, et que des mesures de réadaptation s'imposaient.

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

h. Les autres faits seront repris - en tant que de besoin - dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

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

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

2. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a 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 dans leur ancienne teneur.

4. Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

5. Le litige porte sur la question du bien-fondé de la décision du 18 septembre 2019 refusant à l'assuré tout droit à des prestations invalidité.

6. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une

rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

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

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).

7.1 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).

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

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

7.3 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).

7.4 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8.

8.1 Selon l'art. 8 al. 1er 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). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, 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).

8.2 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).

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). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références ; ATF 124 V 108 consid. 3a).

8.3 Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), 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).

8.4 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). Et même en matière de reclassement, ce taux ne constitue pas une limite absolue. Selon les circonstances du cas particulier, une invalidité légèrement inférieure à 20 % peut ouvrir le droit à une mesure de reclassement (arrêt du Tribunal fédéral I 665/99 du 18 octobre 2000 consid. 4b).

En outre, en présence d'un assuré en début de carrière professionnelle et pour lequel les activités adaptées envisagées (sans mesure de réadaptation) relèvent de travaux ne requérant pas de formation ou connaissances particulières, le droit aux mesures de reclassement dans une nouvelle profession ne saurait être subordonné à la limite des 20 %. En effet, l'équivalence approximative des possibilités de gain offertes par l'ancienne activité et par la nouvelle ne saurait être réalisée à long terme que si les deux formations ont, elles aussi, une valeur approximativement comparable (ATF 124 V 108 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_704/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.1 et les références). Or, selon l'expérience générale de la vie, l'évolution des salaires des personnes avec ou sans formation professionnelle n'est pas la même. L'expérience montre en particulier que dans un grand nombre de catégories professionnelles, le salaire initial des personnes ayant terminé leur apprentissage n'est pas supérieur, ou ne l'est pas de manière significative, aux rémunérations offertes sur le marché du travail pour des activités n'impliquant pas de formation particulière, tandis qu'il progresse d'autant plus rapidement par la suite (ATF 124 V 108 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_262/2016 du 30 août 2016 consid. 5.2).

9.

9.1 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). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique.

9.2 Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la

santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

9.3 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'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). 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).

9.4 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).

10. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment

élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

11. 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).

12.

12.1 En l'espèce, conformément aux conclusions préalables du mandataire du recourant, une expertise judiciaire a été ordonnée. Selon le rapport d'expertise du Dr E_____, le recourant bénéficie d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et ceci depuis janvier 2010. Une diminution de rendement de l'ordre de 10 % est avancée par l'expert, mais uniquement dans le cadre d'une activité en position statique.

Le mandataire du recourant ne critique pas la valeur probante de l'expertise, se contentant d'exposer que l'expert a montré un certain optimisme sur la capacité du recourant à reprendre le travail et sur sa capacité de rendement et ceci en raison du fait qu'il n'a plus exercé de profession depuis plusieurs années et ne dispose pas d'une formation solide dans le domaine du secteur tertiaire.

L'expertise du Dr E_____ est fondée sur une anamnèse complète, effectuée en connaissance du dossier médical, sur les indications subjectives et les plaintes de l'assuré, les observations cliniques, ainsi qu'une discussion détaillée. Elle prend en compte les douleurs dorsales invoquées par l'assuré en raison des lumbagos. En outre, ses conclusions sont motivées, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques.

L'expert s'écarte de l'appréciation du médecin traitant B_____, expliquant, notamment, qu'il n'a pas retrouvé dans le dossier d'éléments objectifs concernant les déchirures des coiffes des rotateurs, respectivement à droite, en 2011 et à gauche en 2013, ajoutant que les deux IRM présentes dans le dossier montrent des coiffes des rotateurs intactes. Il explique également que la baisse de rendement de 20 % avancée par le Dr B_____ résulte très probablement d'un traumatisme à l'épaule gauche, datant d'octobre 2019, après que l'assuré ait « tracté son scooter », étant précisé que cette atteinte à la santé n'a pas été durable, raison pour laquelle l'expert n'a pas retenu la baisse de rendement de 20 % avancée par le Dr B_____.

Concernant cette différence d'appréciation, on rappellera que 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).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3).

En l'état, le recourant ne critique pas les conclusions médicales de l'expert, si ce n'est qu'il les trouve trop optimistes sur la question des possibilités du recourant de trouver une situation adaptée, notamment à son niveau de rendement.

Ce grief doit être écarté dès lors que l'expert a considéré que l'on pouvait tabler sur un rendement de 100 % dans une activité ne nécessitant pas une position statique et de 90 % dans une activité nécessitant une position statique et ceci en raison de la nécessité de changer de position toutes les heures.

Bien qu'il s'en défende, le recourant invoque la difficulté de retrouver une situation sur le marché du travail, non pas en raison de son état de santé, mais bien plutôt en raison du fait qu'il a été éloigné du marché du travail depuis plusieurs années. Sur ce point, le rapport d'expertise est clair, un tel éloignement ne peut pas être mis sur le compte des problèmes de santé du recourant dont la capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est de 100 % depuis janvier 2010 (rapport d'expertise, page 29, ch. 6.4).

Or, il faut toujours 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3). En l'occurrence, la chambre de céans considère que les difficultés éventuelles du recourant pour retrouver une situation adaptée ne peuvent être mises sur le compte de son état de santé.

Compte tenu de ce qui précède, au vu de la valeur probante de l'expertise du Dr E_____, les griefs du recourant doivent être écartés.

12.2 En ce qui concerne la comparaison des revenus à laquelle se livre l'OAI, l'intimé retient un statut de personne travaillant à 100 %, en se fondant sur les déclarations de l'assuré et sur son inscription à l'ORP, en date du 24 août 2018, dans laquelle l'assuré indiquait rechercher un emploi à 100 %. Cette conclusion, qui est corroborée par les pièces du dossier remises par le recourant et retraçant son parcours professionnel, notamment son curriculum vitae, ne prête pas le flanc à la critique.

En ce qui concerne le revenu sans invalidité, l'OAI expose dans la décision querellée s'être trouvé dans une situation où il était difficile de déterminer avec précision le revenu sans invalidité au vu du parcours professionnel de l'assuré, de ses gains fluctuants ainsi que de l'absence de revenus depuis quelques années. Cette affirmation est corroborée par les avis de taxation du recourant, pour les années 2016 à 2018. Pour ces raisons, l'OAI s'est fondé sur les tabelles statistiques ESS, plus particulièrement la ligne Total activités simples et répétitives, tous secteurs confondus, sans qualification requise, pour un homme exerçant une activité à 100 %.

S'agissant du revenu avec invalidité, l'OAI s'est fondé sur les mêmes données que pour l'évaluation du revenu sans invalidité. Compte tenu de l'éloignement du marché du travail du recourant depuis janvier 2010, cette méthode de comparaison se justifie et le salaire avec et sans invalidité peut ainsi être établi sur la base des salaires statistiques.

La chambre de céans considère qu'une diminution du rendement de 10 % devrait être prise en compte in casu, par rapport au salaire avec invalidité, conformément à l'appréciation du Dr E_____.

Dès lors, une perte de gain de 10 % sur le salaire statistique doit être retenue, cette dernière se confondant avec le taux d'invalidité, qui peut ainsi être fixé à 10 %.

12.3 En ce qui concerne la conclusion subsidiaire du recourant visant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, le recourant expose qu'il ne dispose pas d'une formation solide dans le secteur tertiaire.

Il ressort du dossier que l'assuré a obtenu un certificat fédéral de capacité de réparateur en automobiles en 1994, qu'il a suivi une formation continue de garde du corps en tant qu'agent de sécurité en 1996, qu'il a suivi une formation pour le diplôme de l'ancienne commission fédérale des banques (à présent FINMA) en matière de cours d'investissement, fonds de placement, assurances et hypothèques en 2004 et qu'il a obtenu un diplôme de « Junior Financial Advisor II » délivré par F_____(Suisse) SA en juillet 2004.

S'il est, certes, exclu que le recourant puisse exercer une activité dans son ancien métier de réparateur automobile, on ne voit pas en quoi le recourant serait entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé, dans la faculté de rechercher un emploi correspondant à des activités simples, ne demandant pas de connaissances particulières et pouvant être exercées en tenant compte des limitations fonctionnelles du recourant, voire - en se fondant sur son expérience professionnelle acquise dans le domaine financier et commercial - de trouver un emploi dans le secteur tertiaire, étant précisé qu'un taux de rendement de 90 % dans une activité avec une position statique, comme c'est souvent le cas dans le secteur tertiaire, ne peut pas être considéré comme rendant impossible l'opportunité de retrouver une activité adaptée dans ce secteur.

Ainsi, le curriculum vitae, particulièrement diversifié, du recourant montre que ce dernier a exercé des activités de : chauffeur-livreur au service des sports de la ville de Genève, de conseiller financier indépendant, puis intégré chez F_____SA, d'enquêteur indépendant en matière commerciale et privée et de directeur d'un établissement de nuit, G_____, au sein duquel il s'occupait notamment de la gestion du personnel, de la comptabilité et de la sécurité. Ces éléments montrent que le recourant est flexible et peut ainsi s'adapter à des milieux professionnels relativement différents.

Il convient enfin de rappeler que le Tribunal fédéral considère qu'un marché équilibré du travail offre un nombre significatif d'activités compatibles avec les restrictions présentées par le recourant et accessibles sans aucune formation particulière. On peut à cet égard citer par exemple des tâches simples de surveillance, d'accueil, de réception, de vérification ou de contrôle, pour lesquelles une simple mise au courant suffit.

Il en résulte qu'un reclassement ou une mesure d'orientation professionnelle ne se justifient pas dans ce cas. Le droit à une aide au placement doit également être dénié au recourant, car il n'est pas entravé par les limitations liées à son état de santé dans ses démarches pour retrouver un emploi.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans considère qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre des mesures de réadaptation professionnelle.

S'y ajoute le fait qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009) et qu'il faut démontrer une perte de gain de 20 % environ pour se voir ouvrir, en principe, une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), perte de gain que le recourant ne subit pas dans le cas d'espèce, comme cela est démontré supra.

12.4 S'agissant de la conclusion visant à l'audition du recourant et du Dr B_____, par appréciation anticipée des preuves et compte tenu du caractère exhaustif du dossier, la chambre de céans considère qu'il n'est pas nécessaire d'y procéder.

C'est donc à bon droit que l'intimé a nié au recourant tout droit à des prestations invalidité.

13. Compte tenu de l'ensemble des éléments mentionnés supra, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

14. Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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