



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4279/2018

ATAS/1012/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 novembre 2019

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Mme A_____, à GENÈVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Cyril
MIZRAHI

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Anny FAVRE et Maria Esther
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), est né le _____ 1971. Depuis sa naissance, il souffre d'une agénésie partielle du membre supérieur droit, avec un bras et un avant-bras plus courts et un coude relativement peu mobile. Sa main comprend en outre seulement trois doigts, avec une synostose de deux doigts. L'assuré présente également un pied bot du côté droit ainsi que des membres inférieurs de longueur différente, en faveur du côté gauche.
2. Malgré ces infirmités, l'assuré a exercé la profession de plombier-chauffagiste en 1993 et 1994, puis celle d'installateur sanitaire depuis 1994.
3. En raison d'une symptomatologie douloureuse dorso-lombaire, une radiographie de la colonne lombaire a été effectuée le 16 février 2006. Selon le compte-rendu y relatif, cet examen a montré une discopathie L3-L4 relativement évoluée.
4. L'existence de douleurs sur le trajet du nerf cubital gauche a motivé une neurolyse avec décompression du nerf cubital en 2007 et 2009.
5. Le 3 juin 2014, l'assuré a chuté accidentellement, avec impact sur le coude gauche.
6. L'examen clinique effectué le même jour par les médecins du service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a mis en évidence une tuméfaction importante du coude gauche, avec des douleurs à la palpation de l'olécrâne. Les flexion et extension ainsi que les supination et pronation étaient complètes. Par ailleurs, aucun trouble neurovasculaire n'a été constaté.
7. Un arrêt de travail à 100 % a été prescrit par les médecins et la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), assureur-accidents, a pris en charge les suites de cette chute.
8. Le 9 décembre 2014, l'assuré a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations d'invalidité, datée du 12 novembre 2014, en raison d'une infirmité congénitale à la jambe et au bras droits, d'un accident au bras gauche ainsi que d'une double discopathie aggravée L3-L5.
9. Le 23 décembre 2014, l'assuré a été examiné par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA. Selon son rapport du 24 février 2015, le traumatisme du 3 juin 2014 avait entraîné un hygroma avec une inflammation relativement importante. L'évolution à six mois dudit hygroma était favorable, avec une disparition complète de l'inflammation. Cependant, l'assuré qui avait déjà subi plusieurs interventions chirurgicales au niveau du coude gauche, notamment pour une probable transposition du nerf cubital, présentait une symptomatologie de type irritatif dudit nerf cubital. Le Dr B_____ était ainsi d'avis que l'accident assuré avait déstabilisé un état pathologique préalable, à savoir la transposition du nerf cubital gauche, raison pour laquelle il appartenait à la CNA de prendre en charge les suites de l'incapacité de travail.

10. L'IRM du coude gauche réalisée le 23 janvier 2015 n'a pas montré d'anomalie sur la transposition ulnaire, avec un nerf respecté. Une épicondylite médiale *a minima* superficielle pouvait toutefois être discutée. En revanche, l'imagerie a mis en évidence une petite souffrance enthésique intra-spongieuse à l'enthèse du triceps sur son versant ulnaire, restant limitée.
11. Le 3 février 2015, l'OAI a reçu l'assuré dans le cadre de la procédure de détection précoce. Selon le rapport du même jour établi suite à cet entretien, l'assuré semblait fragilisé psychologiquement par un passé assez lourd au niveau physique, souffrant d'une malformation congénitale au bras droit et d'un pied bot du côté droit également. Il avait toujours su faire face au handicap au niveau du bras droit mais suite à l'accident, il avait présenté une baisse de moral assez importante, ayant notamment la peur de perdre l'usage de son bras gauche, seul membre supérieur valide. Par le passé, il avait déjà subi des interventions au niveau de son bras gauche.
12. Dans son rapport destiné à l'OAI, daté du 6 février 2015, le docteur C_____, médecin généraliste exerçant à Ornex (France), a évoqué, à titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail, ceux de lésion du nerf cubital gauche, opérée en juin 2009 et en décembre 2009 avec mauvais résultat, douleurs persistantes, agénésie partielle du membre supérieur droit, augmentant le handicap, contusion du coude gauche le 3 juin 2014 avec hygroma et aggravation de la pathologie, douleurs permanentes, touchant le sommeil et l'état psychique (état dépressif). L'assuré refusait tout traitement en raison des effets secondaires entraînés.
13. Au mois de mars 2015, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, à Lyon (France), a retenu le diagnostic d'épicondylite médiale suite à l'accident du 3 juin 2014, entraînant une incapacité totale de travailler.
14. L'assuré a repris son activité habituelle en date du 1^{er} juin 2015. Il a toutefois porté à la connaissance de l'OAI lors d'un entretien téléphonique du 4 juin 2015, qu'il travaillait au-dessus de ses forces et qu'il était d'avis que cette activité n'était plus adaptée.
15. L'assuré est à nouveau incapable de travailler dès le 9 juin 2015, ce dont l'employeur a informé la CNA par déclaration de sinistre du 17 juin 2015. En effet, il souffrait encore de son bras et n'arrivait toujours pas à porter des objets.
16. Le 3 juillet 2015, le Dr D_____ a complété le diagnostic précédemment posé avec celui d'entésopathie du triceps gauche. L'évolution était favorable suite à l'infiltration effectuée précédemment. Cela étant, une récurrence restait possible.
17. Le 28 juillet 2015, l'assuré a, à nouveau, été examiné par le Dr B_____ qui a considéré qu'au vu de l'absence de lésion déterminante susceptible de modifier un état antérieur pathologique, l'événement traumatique avait cessé de déployer ses effets délétères au plus tard douze mois après.

18. Par décision du 30 juillet 2015, la CNA a mis un terme à ses prestations avec effet immédiat s'agissant du traitement et au 15 août 2015 pour le versement des indemnités journalières, les troubles qui subsistaient n'étant plus dus à l'accident mais exclusivement d'origine malade.
19. Par communications des 14 et 20 août 2015, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de français (orthographe, grammaire et bureautique), respectivement d'un coaching et d'un bilan professionnel.
20. Suite à la décision de la CNA, le cas de l'assuré a été annoncé, le 24 août 2015, à l'assurance perte de gain, PHILOS ASSURANCE MALADIE.
21. À teneur du rapport du bilan de compétences, daté du 26 octobre 2015, l'assuré était limité et devait notamment ménager les mouvements du coude, ne pas lever ou porter des charges de plus de 13 kg, varier ses positions et ménager le dos, ce qui rendait certaines de ses tâches de chauffagiste très compliquées. Il en allait de même de celles de technicien en énergie renouvelable. L'assuré avait également des lacunes dans la gestion administrative et en vente. Cela étant, il aurait tout intérêt à bâtir sur son profil d'entrepreneur, autonome, capable de prendre des décisions et de promouvoir des affaires en tant que gérant de boîte de nuit ou de commerçant gérant des produits. Il lui manquait certes des compétences en vente et gestion de PME mais une fois formé, il serait capable d'exercer le métier de gérant de boîte de nuit ou de commerçant.
22. À la demande de l'assurance perte de gain, l'assuré a été examiné le 27 octobre 2015 par le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique du membre supérieur, médecin auprès de la Clinique Corela. Selon le rapport du 3 décembre 2015, lors de l'examen clinique, l'assuré ne présentait plus les atteintes précédemment relevées par ses médecins. Ni limitations fonctionnelles ni incapacité de travail n'ont ainsi été retenues par le médecin précité.
23. Le 28 octobre 2015, l'OAI a accordé à l'assuré un coaching professionnel ainsi qu'une formation complémentaire en arithmétique.
24. Par communication du 1^{er} décembre 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il prendrait en charge les coûts d'un reclassement en tant que technicien-dessinateur en bureau technique du bâtiment, métreur-chiffreur en entreprise du BTP.
25. Par décision du 8 décembre 2015, l'assureur perte de gain maladie a mis un terme aux prestations avec effet au 22 novembre 2015, le médecin qu'il avait mandaté ayant considéré que l'assuré était en mesure de reprendre son activité à partir du 17 août 2015.
26. Le 11 janvier 2016, l'assuré a commencé, dans le cadre d'un reclassement, une formation en tant que technicien, dispensée par l'école ASIMCO SA. Dans un courriel du 24 juin 2016, le responsable de l'école précitée a relevé que l'assuré avait suivi le cours mais qu'il avait été perturbé par des douleurs dans son bras

gauche et des troubles du sommeil liés aux douleurs. Ses progrès étaient limités. L'assuré n'était pas en condition pour travailler dans un bureau « normal », avec des exigences de production, de présence, etc.

27. Dans un avis du 25 juillet 2016, le Dr C_____ a évoqué des douleurs tant au repos qu'à la mobilisation et une impotence du coude gauche, ainsi que l'agénésie partielle du membre supérieur droit. La capacité de travail était nulle tant dans l'activité habituelle de plombier que dans le stage de formation en infographie et architecture 3D.
28. Le 26 août 2016, l'OAI a soumis le dossier de l'assuré à son service médical régional (ci-après : SMR), en lui expliquant notamment que le travail de bureau ne semblait pas convenir à l'assuré du fait des sollicitations répétées du membre dominant.
29. L'office précité a mis un terme à la mesure de reclassement avec effet au 31 août 2016.
30. Dans un avis du 6 septembre 2016, la doctoresse F_____, médecin auprès du SMR a considéré qu'une expertise rhumatologique était nécessaire.
31. Le 12 juillet 2017, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, médecin auprès du SMR, a procédé à un examen rhumatologique.

Dans son rapport du 17 août 2017, le médecin précité a retenu les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail : épitrochléite chronique du coude gauche (épicondylite médiale) et neuropathie irritative du nerf cubital au coude gauche (diagnostic principal) et de lombalgies communes non déficitaires dans le cadre d'une discopathie prédominant en L3-L4, agénésie partielle du membre supérieur droit et pied bot congénital droit. Il a également évoqué une inégalité de longueur des membres inférieurs en faveur de la droite, non compensée. Sur le plan psychiatrique, le Dr H_____ a notamment résumé les déclarations de l'assuré, à savoir qu'il avait présenté des idées suicidaires en 2014 et 2015 car il ne supportait plus les douleurs du coude gauche. Il allait toutefois mieux au jour de l'examen. L'assuré n'avait plus de prise en charge médicale faute d'assurance-maladie depuis deux ans, aucun traitement n'étant ainsi suivi.

La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de monteur sanitaire, laquelle n'était pas adaptée aux malformations congénitales de l'assuré, dès lors qu'il s'agissait d'une activité physique, nécessitant des efforts bi-manuels. Pour l'exercer, l'assuré avait développé de fortes compensations qui avaient fini par surcharger le membre supérieur gauche. S'y ajoutaient la malformation du pied gauche et l'inégalité de longueur des membres inférieurs, qui avaient provoqué une surcharge mécanique de la colonne lombaire.

Malgré les fortes douleurs alléguées par l'assurée au niveau du membre supérieur gauche, il gardait de bonnes ressources physiques, étant notamment en mesure de conduire une voiture sur de longues distances. Il ne présentait pas de mesures de

protection articulaire dans sa gestuelle spontanée, se servant avec aisance de sa main gauche pour se déshabiller ou se rhabiller. Le Dr H_____ en concluait par conséquent que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité mieux adaptée aux malformations congénitales, à l'épitrôchléite chronique, à la neuropathie irritative du nerf cubital et aux lombalgies. Ainsi, douze mois après l'événement traumatique, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche au-delà de 30 minutes, pas de position debout au-delà de 10 minutes, pas de position assise au-delà de deux heures, pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de postures en porte-à-faux lombaires, pas de mouvements répétitifs de flexion-extension ou de rotations lombaires, pas d'activités répétitives ou contre-résistance, pas de vibrations ou d'appui sur la face interne du coude gauche et pas d'activités nécessitant une dextérité bi-manuelle. En raison des malformations congénitales exposant les articulations de l'assuré à une dégénérescence précoce, il y avait lieu d'orienter l'assuré vers une activité peu physique, se déroulant essentiellement en position assise.

Sur le plan thérapeutique, l'inégalité de longueur des membres inférieurs devrait être compensée par l'ajout de semelles afin de diminuer les contraintes mécaniques sur la colonne lombaire. L'assuré devrait en outre bénéficier de traitements de physiothérapie pour des étirements de la musculature sous-pelvienne et un renforcement de la sangle abdominale. S'agissant de la neuropathie irritative du nerf cubital, il devrait bénéficier de séances de désensibilisation en ergothérapie. Dans un premier temps, l'application de patches de lidocaïne pourrait toutefois atténuer les paresthésies.

Les facteurs familiaux et financiers assombrissaient toutefois le pronostic. L'absence de suivi et de traitement médical constituait également un facteur défavorable. L'assuré présentait un risque de clochardisation, vivant principalement dans sa voiture. Dans l'hypothèse où les facteurs non médicaux étaient surmontés, des mesures d'ordre professionnel avaient des chances d'aboutir.

32. Suite à cet examen, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité, qu'il a arrêté à 36.4 %, après avoir appliqué un abattement de 10 %.
33. Le 30 janvier 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, l'informant qu'il entendait rejeter la demande de prestations. En effet, le degré d'invalidité de 36 % était inférieur aux 40 % requis, de sorte qu'il ne donnait pas droit à une rente. Par ailleurs, il considérait que l'assuré était formé dans une activité adaptée à son état de santé à l'issue de l'examen des mesures de réadaptation et qu'il disposait des aptitudes et ressources pour exercer toute activité adaptée à son état de santé.
34. Par courrier du 28 février 2018, l'assuré s'est opposé au projet précité, relevant notamment que la Clinique Corela avait fait l'objet d'un arrêt du Tribunal fédéral datant du 2 février 2018 [confirmant la suspension de l'autorisation de pratiquer de cette clinique]. Par conséquent, il sollicitait la réalisation d'une nouvelle expertise.

35. Sous la plume d'un premier conseil, l'assuré a complété, une première fois, son opposition par courrier du 2 mars 2018, relevant qu'il n'était pas apte à travailler à 100 %.
36. Le 9 mars 2018, sous la plume d'un second conseil, l'assuré a, à nouveau, complété son opposition du 28 février 2018. Il a tout d'abord contesté la valeur probante du rapport des médecins de la Clinique Corela, notamment au vu de l'arrêt du Tribunal fédéral du 2 février 2018 précité. Il a, ensuite, reproché aux médecins de la Clinique Corela et du SMR de ne pas avoir tenu compte des nombreux troubles psychiques ressortant pourtant du dossier. L'assuré a également considéré que les conclusions du Dr H_____ étaient « parfaitement farfelues et incompatibles avec les constatations objectives résultant de ce même rapport ». En effet, au vu des nombreuses limitations fonctionnelles, il était étonnant que le médecin précité ait retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans baisse de rendement, ce qui relevait « tout simplement de l'arbitraire », étant encore relevé que certaines limitations fonctionnelles étaient contradictoires. Il était en effet surprenant de considérer qu'il pouvait marcher jusqu'à 30 minutes sans pour autant tenir la station debout au-delà de 10 minutes. S'y ajoutait le fait que le Dr H_____ ne motivait absolument pas son appréciation de la capacité de travail, se contentant de reprendre les conclusions du Dr B_____ et de considérer qu'une incapacité de travail dans une activité ne se justifiait pas puisqu'il ne bénéficiait d'aucun traitement médical et qu'il disposait de bonnes ressources physiques. L'assuré rappelait ainsi au SMR « qu'une incapacité de travail ne se [jugeait] pas en fonction du traitement mis en place ou accepté par le patient, mais sur les pathologies constatées de manière objective. Le SMR [pouvait] éventuellement exiger la mise en place d'un traitement, en se fondant sur l'obligation de réduire le dommage. En revanche, il ne pouvait en aucun cas juger de la capacité de travail en fonction du traitement appliqué ». Enfin, s'agissant de la comparaison des revenus, l'assuré peinait à imaginer une activité envisageable au vu des nombreuses et conséquentes limitations fonctionnelles relevées. Enfin et dans tous les cas, l'abattement aurait dû être de 25 % au minimum. Partant, il concluait à l'annulation du projet de décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, les possibilités de retrouver une activité adaptée étant irréalistes.
37. Par décision du 5 novembre 2018, l'OAI a confirmé les termes de son projet du 30 janvier 2018, relevant que son appréciation ne se fondait pas sur l'expertise de la Clinique Corela, un examen rhumatologique au SMR ayant été mis en œuvre. L'assuré n'apportait en outre aucun élément objectif permettant de faire douter de la valeur probante du rapport du SMR, de sorte que des mesures d'instruction complémentaire ne se justifiaient pas. S'agissant de l'activité adaptée, force était d'admettre qu'au vu du large éventail d'activités simples que recouvrait le marché du travail en général, un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant pas de formation spécifique, étaient adaptées à ses limitations fonctionnelles. Enfin,

l'abattement de 10 % était suffisant au vu des critères en la matière. Partant, l'office précité maintenait ses précédentes conclusions.

38. Le 5 décembre 2018, l'assuré (ci-après : le recourant), sous la plume de son second conseil, a interjeté recours contre la décision précitée concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision querellée et cela fait, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision et, subsidiairement, à la réalisation d'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. À l'appui de ses conclusions, il a repris les arguments qu'il avait évoqués dans son opposition, considérant, pour le surplus, que les facteurs non médicaux évoqués par le Dr H_____, associés au lourd handicap, étaient à l'origine de l'état dépressif constaté par le Dr C_____, ce qui justifiait une expertise psychiatrique.
39. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu en date du 7 janvier 2019 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Après avoir rappelé que la reconnaissance de l'existence de troubles psychiques supposait un diagnostic émanant d'un expert psychiatre, sur la base d'un système de classification reconnu, l'office précité a relevé que le recourant, en proie à de nombreuses difficultés psychosociales (logement, divorce, problèmes économiques), n'avait aucun suivi spécialisé en psychiatrie et qu'il ne prenait aucune médication antidépressive. Il a, en outre, considéré que l'expertise du Dr H_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, les critères jurisprudentiels en la matière étant remplis. Sur le fond, après avoir cité les passages pertinents du rapport en question, l'OAI a relevé que, d'une part, des mesures médicales raisonnablement exigibles pouvaient améliorer les conséquences de l'atteinte à la santé et que, d'autre part, il n'existait pas d'élément objectif justifiant une quelconque incapacité de travail dans une activité adaptée, comme cela avait toujours été le cas pendant de nombreuses années. S'agissant de la description des activités adaptées, il fallait admettre qu'au vu du large éventail d'activités simples que recouvrait le marché du travail en général, un nombre significatif d'entre elles ne nécessitant aucune formation spécifique, étaient adaptées aux limitations fonctionnelles, de sorte qu'il n'avait pas à décrire les activités exigibles. Enfin, l'intimé a persisté à retenir un abattement de 10 %, considérant que les limitations fonctionnelles, certes nombreuses, n'empêchaient pas le recourant de mettre en valeur sa capacité de travail et qu'il n'y avait pas d'autre élément justifiant un abattement plus important.
40. Par réplique du 18 février 2018, le recourant a relevé que les difficultés psychosociales avaient été évoquées dans le rapport des médecins de la Clinique Corela, alors que la valeur probante des rapports établis par cette institution avait été mise en doute de manière générale par le Tribunal fédéral. Dès lors que le Dr H_____ se fondait uniquement sur « la petite croix du rhumatologue de la Clinique Corela pour écarter toute influence psychiatrique dans la capacité de travail », il convenait de nier toute valeur probante à son rapport. S'agissant de l'abattement, le recourant a relevé qu'il présentait une atteinte du pied droit, une

atteinte dorsale, une atteinte au membre supérieur gauche et une malformation au membre supérieur droit. Les chances de retrouver un employeur avec ces atteintes étaient par conséquent beaucoup plus faibles, même pour un poste adapté. Il rappelait enfin qu'il était gaucher et mono-manuel du fait de sa malformation congénitale, mais que son unique membre valide présentait désormais également des pathologies chroniques et invalidantes. Dans ces circonstances, on ne pouvait le considérer comme étant totalement mono-manuel.

41. Par duplique du 12 mars 2019, l'intimé a relevé que l'existence d'une atteinte psychiatrique incapacitante n'avait pas été niée sur la base de l'expertise de la Clinique Corela mais sur la base du constat que « ne figure au dossier (ni n'a été produit par le recourant) aucun rapport circonstancié émanant d'un psychiatre qui ferait état d'éléments objectifs en faveur d'une atteinte à la santé psychique affectant de manière importante et durable la capacité de travail ». Enfin, l'intimé a persisté dans l'abattement de 10 %.
42. Le 29 mars 2019, le recourant a encore relevé que quelle que soit la qualification donnée aux difficultés rencontrées, celles-ci relevaient d'une appréciation d'ordre psychiatrique. Or, une telle évaluation devait émaner d'un médecin psychiatre et non rhumatologue. Partant, le rapport du Dr H_____ était dénué de toute valeur probante.
43. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

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

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

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

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).
- c. Selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.
6. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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).

b. 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).

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

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Selon l'art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation ; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

À teneur de l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (ci-après : SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Fondé sur les données de son service médical, l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches, les SMR peuvent se prononcer sur dossier (art. 59 al. 2 bis LAI et 49 al. 1 RAI) ou examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI). L'OAI peut également confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 59 al. 3 LAI et 44 LPGA). Selon cette dernière disposition, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. À noter que l'art. 43 al. 2 LPGA prévoit que l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés.

L'art. 44 LPGA prévoyant les conditions de mise en œuvre d'une expertise externe indépendante ne s'applique pas aux examens médicaux réalisés par les SMR (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Cela étant, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d ; ATF 123 V 175 consid. 3d ; ATF 125 V 351 consid. 3b ee ; ATF 135 V 465 consid. 4.3 et ss ; aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier).

8. 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).

9. a. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport du Dr H_____, médecin auprès du SMR, pour rendre sa décision du 5 novembre 2018. C'est donc la valeur probante de ce document qu'il convient d'examiner.

À titre liminaire, il y a lieu de relever que le Dr H_____, en tant que médecin du SMR, a réalisé un examen sur la personne au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. Son rapport du 15 août 2017 ne constitue donc pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, ce qui ne signifie pas pour autant que la valeur probante dudit document doit être niée d'emblée. Elle doit simplement être examinée conformément aux réquisits jurisprudentiels généraux.

Cela étant précisé, force est de constater que le rapport précité du Dr H_____ remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document : il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes.

Sur le fond, le Dr H_____ a évoqué :

- au niveau du coude gauche : une épitrochléite chronique (épicondylite médiale) et une neuropathie irritative du nerf cubital ;
- au niveau du membre supérieur droit : une agénésie partielle du membre supérieur droit et une main comportant trois doigts, dont deux sont soudés ;
- au niveau du dos : des lombalgies communes non déficitaires dans le cadre d'une discopathie prédominant en L3-L4 ;
- au niveau des membres inférieurs : un pied bot congénital droit et une inégalité de longueur des membres inférieurs en faveur de la droite, non compensée.

Sur le plan psychiatrique, le Dr H_____ s'est contenté de résumer les déclarations du recourant, à savoir qu'il avait présenté des idées suicidaires en 2014 et 2015 car il ne supportait plus les douleurs du coude gauche. Il allait toutefois mieux au jour de l'examen.

En raison des atteintes précitées, le médecin du SMR a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche au-delà de 30 minutes, pas de position debout au-delà de 10 minutes, pas de position assise au-delà de deux heures, pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de postures en porte-à-faux lombaires, pas de mouvements répétitifs de flexion-extension ou de rotation lombaires, pas d'activités

répétitives ou contre-résistances, pas de vibrations ou d'appui sur la face interne du coude gauche et pas d'activités nécessitant une dextérité bi-manuelle. Les limitations retenues concernaient ainsi tant les membres supérieurs que les membres inférieurs et le dos.

Pour le Dr H_____, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de monteur sanitaire, laquelle n'était pas adaptée aux malformations congénitales du recourant, dès lors qu'il s'agissait d'une activité physique, nécessitant des efforts bi-manuels. Il a encore expliqué que pour exercer son activité habituelle, le recourant avait développé de fortes compensations qui avaient fini par surcharger le membre supérieur gauche et la colonne lombaire. En revanche, le médecin du SMR était d'avis que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, la capacité de travail était entière.

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

Le recourant reproche tout d'abord au rapport du Dr H_____ du 15 août 2017 de ne pas comporter de volet psychiatrique alors que l'existence de troubles psychiques ressortait du dossier et que des facteurs psychosociaux ou socioculturels (difficultés familiales et financières), associés à son handicap, pouvaient être à l'origine de l'état dépressif constaté par son médecin traitant.

Force est toutefois de constater que l'OAI a sollicité un examen rhumatologique et non psychiatrique du SMR. C'est donc à juste titre que le Dr H_____ ne s'est pas prononcé sur le caractère incapacitant d'éventuelles atteintes psychiques présentées par le recourant. Le défaut de volet psychiatrique ne remet ainsi pas en question les constatations sur le plan rhumatologique.

Le recourant reproche également au médecin du SMR de ne pas avoir retenu de diminution de rendement malgré les nombreuses limitations fonctionnelles évoquées et d'avoir fait abstraction de la fatigue résultant des efforts considérables nécessaires pour compenser la malformation de son bras. Ces allégations ne sont toutefois étayées par aucun rapport médical. Il s'agit en réalité de simples ressentis, insuffisants pour contester la valeur probante du rapport du Dr H_____.

Partant, au vu de ce qui précède, le rapport du Dr H_____ revêt une pleine valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de retenir que le recourant est capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée.

La question de savoir si un volet psychiatrique aurait dû être ordonné par l'OAI peut en l'état rester ouverte, dès lors que le recours doit être admis compte tenu de

l'absence d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant comme cela ressort des considérations suivantes.

10. Le recourant conteste l'existence d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

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

b. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329 ; RCC 1989 p. 328 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

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

c. Ont notamment été considérées, par le Tribunal fédéral ou les offices de l'assurance-invalidité, comme étant des activités légères, ne requérant pas de formation particulière : les tâches simples de surveillance, de vérification, de contrôle ou encore les tâches d'approvisionnement de machines ou d'unités de production automatiques ou semi-automatiques (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.3); les activités de vendeur(euse) / caissier(ère) dans un kiosque (arrêts du Tribunal fédéral 9C_502/2014 du 5 septembre 2014; 9C_659/2014 du 13 mars 2015 et 9C_474/2016 du 8 février 2017), les activités dans le domaine du bureau, réceptionniste, caissier(ère) en kiosque ou en station-service (arrêts du Tribunal fédéral 9C_502/2014 du 5 septembre 2014 et 9C_474/2016 du 8 février 2017), les emplois sur une chaîne de montage en position assise, les métiers de gardien de musée, de surveillant de parking, de vendeur de billets (arrêt du Tribunal fédéral 9C_21/2008 du 29 septembre 2008), les professions d'auxiliaires dans un magasin, dans une entreprise de lavage de voitures ou de gardien (de musée, de parking, sur un chantier) (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 836/02 du 14 février 2003); ou encore les métiers de surveillants de chantier, gardiens de musée, portiers, chauffeurs de taxi, opérateurs sur machines, garçons de course ou encore ouvriers à l'établi pour des travaux légers (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 482/00 du 21 mai 2001).

d. Le Tribunal fédéral a été amené à examiner à plusieurs reprises le caractère réaliste des activités adaptées envisageables.

Notre Haute Cour a ainsi considéré, dans un arrêt 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 que les limitations fonctionnelles présentées par une assurée, souffrant de lombosciatalgies gauches irritatives L5 sur hernie intraforaminale L5-S1 gauche (pas de port de charges supérieur à 10 kg de façon répétitive, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc de façon répétitive ou contre résistance, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes, diminution du périmètre de marche à 20 minutes, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, possibilité d'alterner les positions assise/debout au minimum deux fois par heure [de préférence à sa guise], pas d'activité en terrain instable, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité en hauteur, pas d'exposition à des machines ou outils provoquant des vibrations de 5 Herz ou moins) représentaient des mesures classiques d'épargne lombaire en vue d'éviter les douleurs provoquées par la pathologie susmentionnée. Pour le Tribunal fédéral, il convenait néanmoins d'admettre que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on devait convenir qu'un nombre significatif étaient adaptées auxdites limitations et accessibles sans aucune formation particulière (consid. 4).

Dans un autre arrêt, le Tribunal fédéral a également considéré qu'il y avait suffisamment d'opportunités réalistes sur un marché du travail équilibré pour les personnes qui ne pouvaient exercer que des travaux légers de type mono-manuel, à

l'instar de simples activités de surveillance, d'essais et d'inspection, ainsi que du fonctionnement et de la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras et des deux mains. De tels emplois existent également dans les entreprises liées à la production, raison pour laquelle il a jugé qu'une restriction du marché du travail à considérer ne s'imposait pas au secteur des services (arrêt du Tribunal fédéral 8C_100/2012 du 29 mars 2012 consid. 3.4 et les références).

En revanche, dans l'arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008, le Tribunal fédéral voyait mal comment une assurée qui devait éviter le port de charges supérieures à 1 kg et les mouvements de bras au-dessus de l'horizontale et ne disposait que d'une force de préhension et de serrage limitées, pourrait travailler dans le secteur de la vente. Il en allait de même des tâches de vérification ou de contrôle (par exemple de machines automatiques utilisées dans le travail à la chaîne) qui supposaient le maintien d'une même position pendant une certaine durée, ce qui était difficilement compatible avec la restriction mise en évidence par les médecins au niveau de la nuque. Enfin, les empêchements au niveau des bras et des mains limitaient également l'action de l'assurée sur des objets ou machines dont elle devrait contrôler la destination ou le fonctionnement. Quant à l'activité de surveillance proprement dite - exceptée celle de gardien de musée -, elle impliquait dans la plupart des situations la faculté de réagir physiquement à un imprévu (emploi de la force ou courir après quelqu'un), dont l'assurée était dépourvue. Le Tribunal fédéral avait donc considéré qu'il n'y avait pas d'activité adaptée à l'état de santé de l'assurée (consid. 5.3).

Il en va de même dans l'arrêt 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 dans lequel le Tribunal fédéral a considéré que compte tenu des limitations fonctionnelles retenues (pas de port de charges de plus de 10 kg de façon répétitive, pas de travail nécessitant le port de charges avec respiration bloquée et activité en force, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilités de varier les positions assise et debout, diminution du périmètre de marche à environ 20 minutes, pas de marche sur terrain instable, ni de montées ou descentes d'escaliers à répétition, pas de position en genuflexion ou accroupie, pas d'activité requérant un rendement imposé au niveau des membres supérieurs ou la pince pouce-index au niveau du membre supérieur droit contre résistance, pas d'activité minutieuse au niveau du membre supérieur droit), on devait admettre que, même en prenant en considération le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux importantes limitations (en particulier au niveau des membres supérieurs) de l'assuré n'apparaissaient pas suffisantes pour qu'il put mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative (consid. 3 et 4.2.4).

11. En l'espèce, le recourant a bénéficié d'une mesure de reclassement en tant que technicien-dessinateur en bureau technique, métreur-chiffreur en entreprise du BTP. En août 2016, l'intimé a toutefois mis un terme à cette mesure, le travail de bureau

ne semblant pas convenir au recourant du fait des sollicitations répétées du membre dominant. Suite à cela, l'intimé a ordonné l'examen par le SMR.

Selon le rapport du Dr H_____ du 15 août 2017, les limitations fonctionnelles sont les suivantes : pas de marche au-delà de 30 minutes, pas de position debout au-delà de 10 minutes, pas de position assise au-delà de deux heures, pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de postures en porte-à-faux lombaires, pas de mouvements répétitifs de flexion-extension ou de rotation lombaires, pas d'activités répétitives ou contre-résistances, pas de vibrations ou d'appui sur la face interne du coude gauche et pas d'activités nécessitant une dextérité bi-manuelle. Il s'agit donc non seulement de mesures d'épargne du rachis, qui peuvent certes être qualifiées de classiques, mais également des mesures d'épargne des deux membres supérieurs et inférieurs.

Vu l'absence de formation du recourant, seules des activités simples sont susceptibles d'entrer en considération à titre d'activités adaptées.

La chambre de céans voit toutefois mal comment un assuré qui ne peut pas marcher plus de 30 minutes, ne peut pas rester debout plus de 10 minutes et qui ne peut pas rester assis plus de deux heures, peut exercer des activités de surveillance, lesquelles impliquent des positions debout ou assise statiques (gardien de musée, surveillance par ordinateur, etc.) ou de la marche (rondes) voire, comme l'a retenu le Tribunal fédéral, la faculté de réagir physiquement à un imprévu. Il en va de même des tâches de bureau, de réceptionniste, de vérification ou de contrôle, lesquelles supposent également le maintien d'une même position pendant une certaine durée. En outre, il paraît difficile pour un assuré qui ne saurait exercer des activités répétitives, porter des charges de plus de 10 kg et exercer des activités nécessitant une dextérité bi-manuelle, de travailler dans le secteur de la vente, en tant qu'ouvrier en usine, à l'établi ou encore sur une chaîne de montage, en tant qu'opérateurs sur machines ou encore d'effectuer des tâches d'approvisionnement de machines ou d'unités de production automatiques ou semi-automatiques, ces activités étant par définition répétitives.

Dans de telles circonstances, dès lors que le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services ne peut pas être pris en considération compte tenu des limitations fonctionnelles notamment au niveau des membres supérieurs, les possibilités d'un emploi adapté à l'état de santé du recourant n'apparaissent pas suffisantes pour qu'il puisse mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative.

Il convient dès lors de retenir une incapacité de travail de 100 %. En fonction du taux d'incapacité de travail ainsi déterminé, le degré d'invalidité présenté par le recourant doit être fixé à 100 % également, auquel correspond le droit à une rente entière d'invalidité. Aussi, le recourant a-t-il droit à cette prestation au-delà du 1^{er} juin 2015.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 5 novembre 2018 sera annulée. Le recourant sera mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1^{er} juin 2015 (art. 28 et 29 LAI).

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé 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. L'admet et annule la décision du 5 novembre 2018.
3. Met le recourant au bénéfice d'une rente entière à compter du 1^{er} juin 2015.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- valant participant à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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