



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4438/2019

ATAS/786/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 septembre 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par APAS-
Association pour la permanence de défense des patients et assurés

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine
LUZZATTO, Juges assesseures**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), de nationalité éthiopienne, est né le _____1970, marié depuis le 28 septembre 1996 et père de deux enfants nés en 1998 et 2001.
2. Arrivé en Suisse en 1993, il a travaillé, depuis le mois de février 2000, auprès de B_____ (ci-après : B_____) en qualité d'employé en entretien.
3. À compter du mois de mars 2016, l'assuré a souffert d'importantes douleurs lombaires.
4. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) a été effectuée le 11 avril 2016. Selon le docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie, elle a mis en évidence une discopathie L5-S1 avec présence d'une hernie discale foraminale et extra-foraminale à droite avec contact radiculaire L5, un débord discal et possiblement ostéophytaire foraminal et extra-foraminal gauche avec contact radiculaire L5.
5. Une infiltration péri-radiculaire L5 à droite a été effectuée le 15 avril 2016.
6. L'assuré a consulté le service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) le 20 mai 2016.

Dans un rapport du 30 mai 2016, les docteurs D_____, spécialisé en neurochirurgie et chef de clinique, et E_____, spécialisé en médecine interne, ont proposé une prise en charge chirurgicale par hémicectomie, refusée par l'assuré qui préférait un traitement conservateur.

7. L'assuré a à nouveau consulté le Dr D_____ le 15 juillet 2016.

Dans un rapport du même jour, ce dernier a constaté que l'évaluation clinique à la suite de l'infiltration était bonne, avec pratiquement une disparition des douleurs. Il persistait quelques hypoesthésies en territoire L5 droit. Le traitement conservateur étant efficace, il ne retenait pas d'indication chirurgicale.

8. Dans un rapport du 25 août 2016 adressé à l'assurance-maladie de l'assuré, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a retenu le diagnostic de lombo-sciatalgies L5-S1 sur une probable hernie extra-foraminale L5-S1 droite. Les thérapies suivies étaient un traitement médicamenteux, des séances de physiothérapie et des infiltrations péri-radiculaires.

L'évolution était lentement favorable et l'état actuel stationnaire.

L'incapacité de travail était de 100 % dès le 14 mars 2016 et une reprise du travail était prévue le 19 septembre 2016 à 50 %, puis le 26 septembre 2016 à 100 %, sans port de charge de plus de 5 kg.

9. L'assuré a bénéficié d'une nouvelle infiltration péri-radiculaire L5 droite le 23 septembre 2016, puis d'une infiltration au niveau foraminal et articulaire postérieur L5-S1 à droite le 30 septembre 2016.

10. Une nouvelle IRM a été effectuée le 18 octobre 2016.

Le Dr C_____ constatait que, par rapport à l'examen d'avril 2016, cette IRM mettait en évidence une diminution de la taille de la hernie discale L5-S1 foraminale droite, avec minime contact avec le ganglion spinal de L5. Par ailleurs, il n'y avait pas d'anomalie visible pouvant expliquer une lombosciatalgie droite.

11. Dans un rapport d'expertise du 21 novembre 2016 demandé par l'assurance-maladie de l'assuré, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a retenu les diagnostics de syndrome radiculaire L5 droit, déficitaire, diabète de type II, haute tension artérielle (ci-après : HTA) essentielle traitée et obésité.

L'assuré n'avait pas de formation professionnelle. Il était sportif de compétition en Ethiopie (ayant notamment participé aux jeux olympiques) et travaillait comme nettoyeur en Suisse. Sa femme ne travaillait pas, s'occupant du foyer.

Il n'avait jamais eu de problème au niveau du rachis jusqu'au mois de mars 2016. En faisant un mouvement de rotation du torse, il avait ressenti une vive douleur lombaire et le lendemain, il s'était retrouvé avec un dos complètement bloqué. Depuis, il se plaignait de douleurs au niveau de la face externe du membre inférieur droit avec une diminution de la force au niveau du releveur du pied et du genou, et remarquait avoir de la peine à monter les escaliers.

L'assuré avait bénéficié de trois infiltrations péri-radiculaires L5 à droite, sans amélioration. Il avait été vu en consultation de neurochirurgie aux HUG, où on lui avait proposé une intervention chirurgicale qu'il avait refusée, par peur.

À l'examen, l'assuré se déplaçait en boitant de la jambe droite. Il montait avec difficulté les escaliers, et on remarquait un mouvement de steppage du pied droit. Il s'habillait et se déshabillait sans difficulté. L'examen neurologique mettait en évidence une diminution de la force des releveurs du pied droit à M4+ et un signe de Lasègue à partir de 50° à droite. Il ressortait de l'examen rhumatologique un syndrome vertébral avec une distance doigts-sol à plus de 30 cm, des contractures musculaires para-lombaires et une perte musculaire au niveau de la cuisse droite (-3 cm par rapport à la gauche).

Au vu de l'examen clinique, de l'échec des infiltrations et de la physiothérapie, l'indication chirurgicale était posée. Le médecin traitant de l'assuré était invité à reprendre contact avec le service de neurochirurgie des HUG. Dans l'attente de l'opération, la capacité de travail était nulle dans toutes les professions. L'assuré pourrait reprendre son travail de nettoyeur à 100 % deux mois après l'intervention chirurgicale.

12. L'assuré a été adressé au docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie, pour une électroneuromyographie (ci-après : ENMG) effectuée le 22 novembre 2016. Dans un rapport du même jour, le Dr H_____ a indiqué que l'ENMG des membres inférieurs montrait une réduction de l'amplitude de la réponse M

enregistrée au niveau du muscle jambier antérieur droit par rapport au côté gauche, de l'ordre de 50 %, et l'examen à l'aiguille réalisé au niveau de la musculature d'innervation L5 droite confirmait la présence d'un tracé neurogène avec de discrets signes de dénervation aiguë. Par conséquent, les paresthésies du bord latéral de la jambe droite s'intégraient dans le contexte de radiculopathie L5 droite, sans évidence de polyneuropathie surajoutée.

13. Le 20 janvier 2017, l'assuré a consulté le Dr D _____. Ce dernier a constaté lors de l'examen une distance doigt-sol d'environ 20 cm, pas de véritable déficit de la force aux membres inférieurs notamment en clinostatisme, le releveur du pied côté droit à 5/5, et pas de syndrome irritatif. L'IRM lombaire effectuée le 18 octobre 2016 mettait en évidence une diminution de la hernie foraminale avec un moindre conflit au niveau du ganglion sensitif par rapport à l'IRM d'avril 2016. En considérant l'amélioration radiologique et la persistance du phénomène neurogène, il ne pensait pas qu'une intervention serait bénéfique et proposait donc la poursuite du traitement conservateur.

14. Le 31 janvier 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de sa hernie discale.

15. À teneur d'un extrait de compte individuel du 14 février 2017, les revenus annuels de l'assuré auprès de B _____ ont oscillé entre CHF 10'613.- et CHF 56'221.-.

16. B _____ a renvoyé à l'OAI un questionnaire de l'employeur le 17 février 2017.

L'assuré avait travaillé dans l'entreprise du 7 février 2000 au 11 mars 2016, en tant qu'agent de propreté. L'horaire de travail normal dans l'entreprise était de 43 heures par semaine, et l'assuré effectuait 40 heures par semaine depuis son engagement. Son salaire horaire était de CHF 28.30, à savoir un salaire de base de CHF 23.60, auquel s'ajoutait une indemnité vacances de CHF 2.51 et un 13^{ème} salaire de CHF 2.18. Il serait le même aujourd'hui.

L'assuré ne pouvait être placé dans l'entreprise, étant précisé que des possibilités de placement à l'interne avaient déjà été examinées.

17. Le Dr F _____ a adressé à l'OAI un rapport le 8 mars 2017.

La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient des paresthésies et douleurs au membre inférieur droit. Le diagnostic avec effet sur la capacité de travail était la hernie discale L5-S1. S'agissant des diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il citait un état dépressif réactionnel, présent depuis 2016, un diabète de type II et une HTA.

Le pronostic était réservé dans l'activité exercée à ce jour, mais une réinsertion professionnelle dans une activité adaptée était souhaitable, avec une reprise du travail progressive à 50 %. Celle-ci devrait lui permettre d'alterner les positions, étant précisé qu'il ne pouvait se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la

tête, accroupi, à genoux, effectuer des rotations, soulever et porter, monter sur une échelle, ou monter les escaliers.

18. Dans un rapport d'intervention précoce du 28 mars 2017, le gestionnaire de l'OAI a noté que l'assuré souhaitait la prise en charge de cours de français ainsi que d'une place de travail. Il parlait très difficilement le français, et son niveau de compréhension était difficile à définir. Le fils de l'assuré, qui était présent, accompagnait toutes ses démarches administratives et médicales, et se rendait également aux séances de psychothérapie de son père pour en assurer la traduction.

L'assuré n'avait aucune formation de base, et travaillait comme nettoyeur dans une cuisine depuis 2000 chez B_____. Il se disait trop jeune pour avoir une rente d'invalidité et souhaitait travailler, mais ne savait pas dans quel domaine se réinsérer. Son épouse ne travaillait pas.

Il était prioritaire aujourd'hui de mettre en place une mesure d'orientation afin d'une part de valider la capacité de travail de 50 % émise par le Dr F_____, puis d'évaluer les pistes professionnelles possibles.

19. Dans un rapport du 6 mai 2017 adressé à l'OAI, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu comme diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail une radiculopathie L5 déficitaire sur hernie discale en mars 2016 et un épisode dépressif (F32.11) débutant vers août 2016, avec mise sous traitement psychotrope. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient une personnalité anxieuse (F60.6), à savoir une accentuation de traits de personnalité évitante, une HTA non stabilisée, un diabète non stabilisé et une obésité.

Il suivait l'assuré depuis le 8 mars 2017, à une fréquence d'une séance hebdomadaire. L'assuré avait développé un tableau anxio-dépressif depuis la fin août 2016, avec insomnies, anhédonie, retrait social avec évitements agoraphobiques et anxiété fluctuante.

Le Dr I_____ constatait des difficultés et un retard du patient pour identifier ses troubles psychiques, une expression affaiblie de ses affects et symptômes, en lien avec sa faible maîtrise du français et une nette tendance à la minimisation en présence de membres de sa famille. Le tableau clinique dépressif était d'intensité moyenne, avec absence d'idéation suicidaire.

Le pronostic pour l'épisode thymique dépressif était favorable, malgré une sédation importante matinale actuelle. La symptomatologie anxieuse risquerait de péjorer initialement les capacités d'adaptation lors du stage de réadaptation et de reconditionnement.

Les restrictions existantes étaient, sur le plan psychique, une perte d'autonomie relative pour les déplacements, une baisse des capacités d'attention et de concentration, et une baisse de l'endurance liée au déconditionnement.

On pouvait s'attendre à une reprise entre 40 et 50 % dès le 1^{er} juin 2017, dans une activité adaptée dans le cadre de mesures professionnelles de réadaptation.

20. L'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'orientation auprès des J_____ (ci-après : les K_____) du 12 juin au 7 juillet 2017.

Dans un rapport du 18 juillet 2017, les K_____ ont constaté que les capacités physiques de l'assuré lui permettaient d'envisager une activité manuelle simple et pratique en position assise de préférence, mais sans exclure le travail debout sur une période raisonnable (1 heure à 1 heure 30) et sans port de charges lourdes. Ses capacités d'apprentissage étaient très faibles hors d'un contexte connu ou apparenté à son ancien métier. Sur le plan comportemental, c'était une personne réservée mais respectueuse de l'environnement, de ses collègues de stage et de l'encadrement. Bien engagé durant toute la durée du stage, il était motivé à retrouver une nouvelle activité lucrative. Dans ce contexte, et compte tenu de sa motivation, les K_____ recommandaient d'autres mesures de type « placement » ou des stages de confrontation avec des aides adéquates pour la recherche d'emploi.

Néanmoins, l'assuré avait peu de ressources et, surtout, il ne maîtrisait pas le français. Compte tenu de son âge et de ses faibles ressources, une reprise d'activité dans l'économie normale était fortement compromise actuellement, et seul un travail en atelier adapté paraissait envisageable.

21. Dans un avis du 3 octobre 2017, la doctoresse L_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin du service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a relevé que le suivi neurochirurgical avait pris fin le 15 juillet 2016. Le médecin traitant avait attesté d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dans son rapport du 8 mars 2017, tenant compte des limitations psychiques et physiques. Quant au psychiatre traitant, il attestait une capacité de travail de 40 à 50 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} juin 2017. L'assurance perte de gain (ci-après : APG) l'avait informé que le Dr G_____ avait retenu, dans un rapport du 18 avril 2017, une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant une épargne du rachis.

En résumé, l'assuré avait initialement présenté des lombosciatalgies à droite d'évolution favorable entre mars 2016 et avril 2017. Par la suite, il avait développé une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne. Afin de confirmer l'évolution favorable sur le plan somatique, il convenait de demander à l'APG le rapport du Dr G_____. Parallèlement, des questions étaient adressées au Dr I_____ pour connaître l'évolution de l'épisode dépressif. En attendant ce complément d'instruction, l'assuré était apte à participer à des mesures de réadaptation à hauteur de 50 %.

22. L'assuré a bénéficié d'une mesure d'orientation et de stage professionnel du 9 octobre au 3 novembre 2017.
23. Dans son rapport du 18 avril 2017 adressé en octobre 2017 à l'OAI par l'APG, le Dr G_____ a noté que les neurochirurgiens ne désiraient pas procéder à une

intervention chirurgicale et que le médecin traitant retenait une capacité de travail à 50 % dans un travail adapté. Par conséquent, il a retenu une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} mai 2017, et de 100 % dès le 1^{er} juin 2017, dans un travail répondant aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 10 kg ; pas de travail debout en position statique ; travail assis avec la possibilité de changer de position toutes les heures ; absence de travail sur des échafaudages, des échelles ou sur un terrain non plat ; et absence de mouvements répétés de flexion du rachis.

24. Une note de travail d'intervention précoce du 9 novembre 2017 résume le bilan de fin de mesure aux K_____ : le bilan était positif, l'assuré démontrant de bonnes aptitudes dans le travail de conditionnement léger. Il était respectueux et n'avait pas eu de problèmes tant dans le travail accompli que dans ses relations hiérarchiques et de ses pairs. Tout indiquait qu'une reprise de travail était possible sur le marché ordinaire.
25. L'assuré a été inscrit au chômage à compter du 9 novembre 2017.
26. Dans un rapport du 22 décembre 2017 sur le stage effectué au sein des K_____, le chef de secteur a conclu que l'assuré possédait les capacités et les compétences pour réintégrer, à 70 % et avec un rendement proche de la norme, le circuit économique ordinaire en qualité d'ouvrier dans le secteur de l'industrie légère en privilégiant la position assise.

Lors du stage de vingt jours comme ouvrier à l'établi dans leur atelier de réentraînement, l'assuré avait donné entière satisfaction dans toutes les tâches lui étant confiées. Il comprenait les consignes simples, mais avait besoin de plusieurs explications pour les appliquer avec justesse en raison de sa mauvaise compréhension du français. Il rendait ensuite un travail de qualité, était autonome et ne rechignait pas sur le travail. Sur un 70 % (28 heures par semaine), l'assuré avait un tonus régulier, mais il avait été relevé une légère baisse de rythme en début d'après-midi. L'assuré avait indiqué avoir mal aux yeux et dans le bas du dos, et que sa douleur irradiait sur sa jambe droite.

Il était suggéré qu'une aide au placement lui soit accordée pour l'aider à trouver un emploi dans le secteur précité.

27. Par décision du 12 janvier 2018, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi de mesures d'ordre professionnel. L'instruction du dossier se poursuivait dans le but de déterminer s'il remplissait les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité.
28. Dans un nouvel avis du 28 mars 2018, le docteur M_____, du SMR, a considéré que dans l'attente du rapport du Dr I_____, l'assuré était apte à participer à des mesures de réadaptation à hauteur de 50 %.
29. Dans un rapport du 19 juillet 2018, le Dr I_____ a indiqué que dans le contexte de l'arrêt maladie pour hernie discale, l'assuré avait progressivement développé un tableau anxio-dépressif vers le mois d'août 2016. Il avait débuté son traitement

psychiatrique en mars 2017 avec un diagnostic initial d'évitement et retrait social (F32.11 et F60.6), et de ralentissement et limitations cognitives avec gestion chaotique des traitements (HTA, diabète, psychotropes).

Le Dr I_____ avait constaté une baisse d'élan vital, une anhédonie sévère, des ruminations anxieuses morbides (avec sentiment d'échec et de honte), une aboulie et passivité et surtout un évitement des relations et des sorties individuelles, des insomnies réduites mais une hypersomnie postprandiale, une fatigabilité et une baisse de la concentration, et une meilleure tolérance des séquelles et limitations algiques neurologiques.

L'assuré avait présenté une stabilisation clinique en rémission dépressive incomplète, puis une rechute thymique F33.11 sous traitement en mars 2018. Actuellement, il observait une nouvelle stabilisation thymique depuis juin avec des effets adverses (tremblements distaux et hypoTA orthostatique), mais une résistance symptomatique de l'anxiété évitante, de phobies sociales, sans agoraphobie sévère, qui grevait péjorativement le pronostic de rémission complète et de récives.

Les limitations fonctionnelles incapacitantes étaient une baisse de l'endurance et de l'autonomie, une perte de confiance et un déconditionnement marqué, une passivité majorée par les déficiences linguistiques voire cognitives en lien avec l'âge biologique réel de 58 ans (non explorées car le biais linguistique était un frein), les difficultés à assimiler des tâches complexes, un stress et un évitement des interactions relationnelles.

D'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail en activité adaptée était de 50 % depuis juin 2018, qui indiquerait de nouvelles mesures professionnelles de placement ou en ateliers protégés. L'assuré n'avait aucune capacité de travail dans son activité habituelle depuis 2016.

30. Le SMR a rendu son rapport final le 6 novembre 2018.

Après avoir résumé les divers rapports figurant au dossier, il a retenu que l'assuré avait initialement présenté des lombosciatalgies, sur hernie discale droite d'évolution favorable entre mars 2016 et avril 2017. En raison de l'atteinte somatique, il considérait que l'activité habituelle n'était plus raisonnablement exigible.

Par la suite, l'assuré avait développé une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne, très fluctuante. Cet état dépressif n'était pas allé au-delà d'un état dépressif de gravité moyenne, et l'étude des différentes pièces et rapports médicaux contribuait à retenir, selon la vraisemblance prépondérante, une capacité de travail raisonnablement exigible d'au moins 50 % dans une activité adaptée.

Les atteintes à la santé incapacitantes étaient les lombosciatalgies (atteinte principale) et l'épisode dépressif moyen (autres atteintes).

Le début de l'incapacité de travail totale était le 14 mars 2016.

La capacité de travail exigible était de 0 % dans l'activité habituelle de nettoyeur, et de 50 % dans une activité adaptée à compter du 8 mars 2017.

Les limitations fonctionnelles étaient : la limitation du port de charges à 10 kg près du corps et à 5 kg éloigné du corps, la limitation du maintien de la position penchée en avant en porte-à-faux, la limitation des mouvements répétitifs avec contrainte en flexion/extension et rotation, la nécessité de pouvoir changer de position à son gré entre assise et debout, et des difficultés interpersonnelles, une fatigabilité et une intolérance au stress.

31. L'assuré a été reçu par la division réadaptation professionnelle de l'OAI le 31 janvier 2019.

À teneur de la note d'entretien, le niveau de français de l'assuré était très faible et c'était essentiellement son fils qui s'était exprimé pour lui. On venait de lui diagnostiquer une lésion tumorale à la vessie ; il n'avait pas de métastases. Il devait faire une injection par semaine par cycle de six semaines puis de trois semaines, durant un an. Il avait été hospitalisé début décembre et début janvier. Il ne dormait pas bien car cela le perturbait beaucoup.

Il attendait de savoir comment se passait le traitement, ne parvenant pas à se projeter actuellement. Il devait attendre un an pour savoir si la tumeur ne se développait pas. Avant cela, il se voyait travailler à 50 %, mais ne savait pas dans quel domaine. Il avait actuellement perdu toute volonté et motivation.

32. La division réadaptation professionnelle de l'OAI a rendu son rapport final le 7 février 2019.

La mesure auprès des K_____ avait permis de mettre en avant la piste d'ouvrier dans le secteur de l'industrie légère.

L'assuré lui avait indiqué devoir alterner les positions, qu'il n'avait pas de sensibilité dans la jambe et qu'il perdait l'équilibre en marchant. Il ne pouvait pas porter de charges. Il allait souvent uriner (environ cinq fois par demi-journée) en raison du diabète et des injections qu'il devait faire actuellement.

Compte tenu de ces éléments, les K_____ estimaient que des mesures n'étaient pas de nature à diminuer le dommage. De plus, l'assuré présentant une nouvelle atteinte et il convenait d'effectuer un complément d'instruction. Ils avaient donc interrogé son urologue et fermaient le mandat de réadaptation.

33. Dans un rapport sur consultation d'urologie des HUG du 17 janvier 2019, le docteur N_____, spécialisé en médecine interne, a indiqué que l'assuré présentait un carcinome urothélial papillaire de haut grade de la vessie, de risque intermédiaire de récurrence (24 % à un an et 46 % à cinq ans) et de risque élevé de progression (5 % à un an et 17 % à cinq ans).

Une résection endoscopique de vessie (REV) avait été réalisée le 19 novembre 2018, et une REV complémentaire avait eu lieu le 17 décembre 2018.

L'assuré n'avait pas de plaintes particulières. Il présentait une algurie occasionnelle et une hématurie. Il n'avait pas de douleurs abdominales ni d'autres symptômes digestifs.

34. Le docteur O _____, spécialiste FMH en urologie et urologue traitant de l'assuré, a adressé un rapport à l'OAI le 19 février 2019.

Il se référait principalement au rapport des HUG précité.

L'atteinte urologique n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Celle-ci était entière d'un point de vue urologique dès le 1^{er} décembre 2018. L'assuré avait été en arrêt maladie pour quatre semaines après l'intervention chirurgicale.

35. Dans un rapport du 21 mars 2019, le Dr P _____, du SMR, a retenu que l'assuré avait présenté une pathologie urologique non durablement incapacitante. Il n'y avait donc pas de modification des conclusions au rapport final du 6 novembre 2018.

36. L'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité de l'assuré le 25 avril 2019.

Pour déterminer le revenu avec invalidité, il s'était référé à la table TA1 de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), année 2017, laquelle indiquait qu'un homme travaillant dans une activité de niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples) pouvait réaliser un salaire annuel brut de CHF 67'102.-. Il retenait une réduction supplémentaire de 10 % compte tenu des années de service. On obtenait ainsi un revenu avec invalidité de 30'196.- dans une activité adaptée exercée à 50 %.

S'agissant du revenu sans invalidité, selon les données communiquées par le dernier employeur, le salaire réalisé en 2015 (dernière année avant l'atteinte à la santé) s'élevait à CHF 53'719.- annuel. Selon l'attestation de l'employeur, le revenu annuel en 2016 s'élevait à CHF 63'386.05 pour une activité exercée à 100 %, soit 43 heures par semaine. Toutefois, dans la mesure où le revenu annuel de l'assuré était fluctuant, il avait procédé à une moyenne des salaires actualisés, à savoir un revenu annuel de CHF 55'964.-.

37. Dans un premier projet de décision du 26 avril 2019, l'OAI a retenu que l'assuré avait un degré d'invalidité de 46 % dès le 14 mars 2017. La demande étant tardive, il avait droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2017.

Le statut d'assuré retenu était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI reconnaissait à l'assuré une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle dès le 14 mars 2016 (correspondant au début du délai d'attente d'un an) et considérait que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail s'élevait à 50 % dès le 8 mars 2017.

Son revenu sans invalidité s'élevait à CHF 55'964.- et son revenu avec invalidité à CHF 30'196.-. La perte de gain était donc de CHF 25'768.-, correspondant à un taux d'invalidité de 46 %.

38. Par courrier du 28 mai 2019, l'assuré s'est opposé au projet de décision, concluant à l'octroi d'une rente entière.

Ses médecins estimaient qu'il n'avait actuellement aucune capacité de travail. Il était en arrêt de travail depuis deux mois, comme en attestaient des certificats d'incapacité établis par les Drs F_____ et I_____ pour la période du 14 mars au 31 mai 2019.

Il constatait en outre que l'OAI n'avait réduit que de 10 % le salaire avec invalidité, alors qu'il avait plusieurs atteintes à la santé (troubles psychiques, lombalgies, cancer de la vessie). S'agissant du problème urologique, il précisait être fortement handicapé par le traitement, subissant sudation, fatigue, spasmes dans la jambe gauche, allers fréquents aux toilettes, etc. Il estimait que cette maladie avait un effet sur sa capacité de travail.

39. Dans un rapport du 1^{er} juillet 2019, le Dr F_____ a rappelé qu'il suivait l'assuré depuis 2014 pour des lombosciatalgies L5-S1 foraminales droite en contact avec le ganglion spinal de L5, et une hernie discale L5-S1 droite. L'assuré était actuellement traité par Dafalgan et Lyrica 150 mg. Il était également suivi pour une HTA, une hypercholestérolémie et un diabète de type 2. Il était suivi par le Dr O_____ pour un carcinome urothélial papillaire de haut grade en novembre 2018, avec instillations. Une cytoscopie de contrôle effectuée en juin 2019 était normale, et la cytologie urinaire était négative. Il était enfin suivi par le Dr I_____ pour un état anxio-dépressif sévère. La compliance thérapeutique était difficile, liée à des difficultés au niveau de la compréhension et la concentration, obligeant la mise en place avec le pharmacien d'un semainier mensuel.

La capacité de travail de l'assuré était actuellement de l'ordre de 50 %, étant précisé qu'elle devait être adaptée à ses problèmes physiques et psychiques.

40. Dans un courrier du même jour adressé au médecin-conseil du SMR, le Dr I_____ a fait part de sa déception concernant la décision reconnaissant à l'assuré un taux d'invalidité de 46 %.

Cette décision apparaissait systématiquement minorer l'incapacité de travail de l'assuré, évaluée sur sa participation aux stages d'observation d'endurance des K_____ sur des tâches simples et répétitives fortement éloignées des exigences du marché du travail.

Il convenait qu'une expertise psychiatrique soit mise en œuvre pour objectiver plus justement la perte de capacité de gain de l'assuré, à savoir valider sa vulnérabilité résiduelle au stress ainsi que sa capacité de gestion de la douleur, et évaluer sa baisse d'endurance et d'autonomie.

Même si l'assuré avait pu se réjouir de la fin de ses traitements urologiques, il n'en avait pas moins présenté une période de rechute thymique dépressive avec une incapacité de travail de 100 % de mars à mai 2019 et une rémission récente sous traitement renforcé d'Anafranil 150 mg et de Solian 100 mg, qui ne pouvait pas écarter un risque important de récidive.

41. Dans une nouvelle détermination du degré d'invalidité du 4 juillet 2019, l'OAI a appliqué la méthode mixte, retenant un taux d'activité professionnelle de 93 %, et un taux de 7 % consacré aux travaux habituels. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 %, et l'empêchement dans le ménage de 0 %.

La perte de gain, calculée selon l'ancienne méthode, était de 43.22 % dans la sphère professionnelle. Avec un empêchement de 0 % dans les travaux ménagers, l'invalidité totale était de 40,19 %, arrondis à 40 %.

Selon la nouvelle méthode, elle était de 47,19 % dans la sphère professionnelle. Avec un empêchement de 0 % dans les travaux ménagers, l'invalidité totale était de 43.89 %, arrondis à 44 %.

42. Par nouveau projet de décision du 23 juillet 2019 annulant et remplaçant celui du 26 avril 2019, l'OAI a maintenu qu'elle reconnaissait à l'assuré un statut mixte (93 % actif et 7 % activité ménagère). À partir du 1^{er} juillet 2017, l'assuré avait droit à un quart de rente d'invalidité, sur la base d'un taux d'invalidité de 40 %. Dès le 1^{er} janvier 2018, en application de la nouvelle réglementation, le taux d'invalidité s'élevait à 44 % et il continuait à bénéficier d'un quart de rente d'invalidité.

Après évaluation, le service de réadaptation professionnelle concluait que des mesures d'ordre professionnel ne seraient pas de nature à réduire le dommage. Elles n'étaient donc pas indiquées à ce jour. La situation serait réévaluée régulièrement.

43. L'assuré s'est opposé à ce nouveau projet de décision le 27 août 2019, persistant dans sa conclusion visant à l'octroi d'une rente entière, reprenant les arguments contenus dans sa précédente opposition, et joignant les rapports des Drs F_____ et I_____ du 1^{er} juillet 2019.
44. Dans un avis du 9 septembre 2019, la docteure P_____, du SMR, a retenu que les nouvelles pièces médicales étaient superposables à celles déjà reçues courant 2018. Elle rappelait que l'atteinte psychique était fluctuante mais qu'elle correspondait toujours au plus à un épisode dépressif moyen. Ces nouvelles pièces ne modifiaient donc pas les conclusions du rapport SMR du 6 novembre 2018.
45. Par courrier du 25 septembre 2019, l'OAI a informé l'assuré de ce que la procédure étant terminée, la caisse de compensation du canton de Zürich allait lui faire parvenir une décision sujette à recours.
46. Le même jour, l'OAI a transmis à la caisse de compensation du canton de Zürich la motivation de sa décision d'octroi d'un quart de rente d'invalidité, reprenant son projet de décision du 23 juillet 2019.

47. Par courrier du 27 septembre 2019, l'association pour la permanence de défense des patients et des assurés (ci-après : l'APAS) a informé l'OAI de sa constitution pour la défense des intérêts de l'assuré, et lui a demandé une copie du dossier.
48. Par décision du 31 octobre 2019, la caisse de compensation du canton de Zürich, se fondant sur la décision d'octroi de rente de l'OAI, a procédé au calcul du montant du quart de rente dû à l'assuré.
49. Par acte du 2 décembre 2019, l'assuré, représenté par l'APAS, a formé recours à l'encontre de la décision précitée du 31 octobre 2019, concluant préalablement à ce qu'un délai lui soit octroyé pour compléter le recours, principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de frais et dépens, et subsidiairement à la mise en œuvre des mesures de réadaptation nécessaires.

La décision du 31 octobre 2019 n'avait pas été notifiée à son mandataire, malgré l'élection de domicile, et c'était de manière fortuite qu'il en avait appris l'existence lors d'un entretien téléphonique avec l'assureur perte de gain maladie. Il n'en avait à ce jour pas encore reçu copie, malgré une demande à l'OAI le 29 novembre 2019.

Il contestait tant avoir une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée que l'évaluation de la perte de gain effectuée par l'OAI. Son statut était celui d'une personne active se consacrant entièrement à ses travaux professionnels. De plus, un abattement de 10 % était insuffisant, compte tenu de l'ensemble des critères devant être pris en considération, à savoir les limitations fonctionnelles induites par sa polyopathie (troubles psychiques, lombalgie et cancer de la vessie), le fait que seule une activité légère était possible, qu'il comptait de nombreuses années de service auprès du même employeur, qu'il était de nationalité éthiopienne et qu'il ne pourrait occuper qu'un poste à temps partiel. Un abattement de 25 % aurait donc dû être admis.

Subsidiairement, le recourant contestait que des mesures d'ordre professionnel ne soient pas indiquées.

50. Il a complété son recours dans un délai prolongé au 6 février 2020.

Il joignait son compte salaire 2015 auprès de B_____, dont il ressortait que son revenu déterminant s'élevait à CHF 61'196.-, soit CHF 56'227.75, correspondant au total du salaire horaire, des majorations horaires et du 13^{ème} salaire, et CHF 4'968.-, correspondant au paiement des heures de vacances effectivement prises. Le salaire sans invalidité retenu par l'intimé, de CHF 53'179.-, ne se rattachait dès lors à aucun élément concret du dossier. Par ailleurs, dans la précédente fiche de détermination du degré d'invalidité du 12 novembre 2018, le revenu sans invalidité avait été fixé à CHF 55'964.-.

C'était à tort que l'intimé avait modifié sa position quant à son statut d'actif pour retenir finalement un statut mixte. Il s'était toujours consacré entièrement à ses travaux professionnels, étant rappelé qu'il était employé de B_____ depuis le 7 février 2000 et que son contrat n'avait jamais été réadapté.

Concernant enfin le calcul du revenu avec invalidité, un abattement supplémentaire aurait dû être opéré pour tenir compte de l'ensemble des circonstances (âge, limitations fonctionnelles, nombreuses années de service auprès du même employeur, nationalité et temps partiel).

51. L'OAI a répondu au recours le 19 février 2020, concluant à son rejet et à la confirmation de la décision querellée.

Afin de déterminer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, le SMR s'était notamment basé sur les rapports des médecins suivants : Dr D_____ (15 juillet 2016), Dr F_____ (8 mars 2017), Dr G_____ (18 avril 2017), Dr I_____ (6 mai 2017, 13 novembre 2017 et 19 juillet 2018), et Dr Q_____ (19 novembre 2018), et sur le rapport des K_____ du 22 décembre 2017, qui retenait que le recourant possédait les capacités et les compétences pour réintégrer le circuit économique ordinaire à 70 % avec un rendement proche de la norme en qualité d'ouvrier dans le secteur de l'industrie légère. Aucun élément médical objectif ne venait corroborer une incapacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée, comme l'avait d'ailleurs retenu le SMR dans son rapport du 9 septembre 2019 en se positionnant sur les deux derniers rapports produits par le recourant en juillet 2019. Le recourant ne pouvait dès lors être suivi lorsqu'il plaidait pour une incapacité totale.

Le calcul du recourant pour arriver à un revenu total de CHF 61'196 n'était pas correct : une simple addition des montants figurant sur son compte salaire permettait de constater que les indemnités vacances étaient déjà prises en compte dans le montant de CHF 56'227.-. Les revenus du recourant variant d'une année à l'autre pour des raisons inhérentes à son activité (majorations ponctuelles pour du travail de nuit, du samedi ou du dimanche notamment), le revenu de CHF 55'964.-, moyenne des revenus précédents actualisés, permettait d'établir avec la plus haute vraisemblance le gain sans invalidité du recourant. Ainsi, le revenu du recourant, qu'il soit estimé selon un calcul théorique ou une moyenne des revenus actualisés, ne permettait pas de retenir un taux d'invalidité supérieur à 46 %, dans l'hypothèse la plus favorable au recourant.

L'intimé avait retenu un statut mixte (93 % actif et 7 % ménager) sur la base du rapport de l'employeur, qui mentionnait un temps de travail habituel dans l'entreprise de 43 heures hebdomadaires. Le recourant étant occupé à hauteur de 40 heures, cette comparaison entraînait cette répartition de 93 % / 7 %. Même si l'on devait s'écarter des indications données par l'employeur, le calcul de la perte de gain avec un statut d'actif ne modifierait pas le droit du recourant aux prestations, tel que déjà évalué dans le cadre du calcul de revenu du 25 avril 2019.

Pour fixer le revenu d'invalidé, l'OAI s'était fondé sur le revenu auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour un niveau de compétences 1 selon l'ESS, cette valeur s'appliquant à tous les assurés qui ne pouvaient plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle

était physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservaient néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers (arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2017 du 29 décembre 2017). Il avait considéré que les limitations fonctionnelles du recourant reconnues par le SMR dans son avis du 6 novembre 2018 – déjà prises en compte dans les revenus statistiques retenus et dans la capacité de travail résiduelle de 50 % – ainsi que les nombreuses années de service auprès du même employeur justifiaient un abattement de 10 %. Le recourant étant âgé de 47 ans au moment de la comparaison des revenus et bénéficiant d'un permis C, ces critères n'entraient pas en ligne de compte.

52. Dans sa réplique du 30 mars 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions.

S'agissant de sa capacité de travail, outre le fait que le taux retenu était en contradiction avec les dernières prises de position de ses médecins, en particulier d'un point de vue psychique, il contestait la date à laquelle l'amélioration de son état de santé était retenue. Pour retenir la date du 8 mars 2017, l'intimé se fondait exclusivement sur le rapport du Dr F_____ du 8 mars 2017, qui indiquait que, depuis cette date, le recourant possédait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Or, le Dr G_____ considérait qu'il n'avait retrouvé une capacité de 50 % qu'à compter du 1^{er} mai 2017, et le Dr I_____ s'était prononcé dans le sens d'un retour à une capacité de travail de 40-50 % à compter du 1^{er} juin 2017 seulement. Par conséquent, ce n'était qu'à partir du mois de juin 2017 que l'on pouvait retenir une amélioration de sa capacité de travail, et il devait avoir droit à une rente entière pour les mois de juillet à août 2017 à tout le moins.

La position de l'intimé qui retenait un statut mixte était contradictoire avec sa position précédente, puisqu'il avait retenu un statut d'actif jusqu'au premier projet de décision. Si toutefois l'intimé décidait de retenir un statut mixte, il ne pouvait se dispenser, pour la part de 7 %, d'instruire la perte de gain dans la tenue du ménage.

Il se réjouissait de constater que l'intimé avait admis des erreurs de calculs et était revenu au montant de CHF 55'964.- pris en compte dans son premier projet de décision. Il maintenait toutefois que le montant du revenu sans invalidité à prendre en compte était celui perçu durant l'année 2015.

Le recourant maintenait enfin qu'au vu de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, un abattement de 10 % était insuffisant. Ses limitations fonctionnelles étendues – dont l'ampleur n'était pas strictement couverte par la jurisprudence citée par l'intimé –, notamment une grande fatigabilité et la contrainte de devoir changer de position à son gré (assise et debout), ajouté au fait qu'il ne pouvait travailler qu'à temps partiel, justifiait un abattement supplémentaire.

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

EN DROIT

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

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

2. 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 et à des mesures d'ordre professionnel. Sont en particulier litigieux la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé, notamment le salaire d'invalidité retenu et l'abattement de 10 % sur le salaire avec invalidité.
5. 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 1er janvier 2008).
6. 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).

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

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

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

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

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

c. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant

pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

e. 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).

f. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui

peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du Tribunal fédéral 9C_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 et 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

9. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
10. 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).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
12. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGa), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la

volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

13. a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

b. Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa).

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

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un

avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). 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 de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). 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).

c.a. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé»

(ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.3; 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

c.b. 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).

S'agissant des limitations fonctionnelles, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 5.3).

Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En revanche, il a contesté un abattement dans le cas d'un assuré âgé de 55 ans au motif que ses excellentes qualifications personnelles, professionnelles et académiques constituaient un avantage indéniable en terme de facilité d'intégration sur le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3).

S'agissant du critère des années de service, le Tribunal fédéral considère que le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales,

lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (voir par exemple l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5). Cette conclusion vaut également pour le niveau de formation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_427/2011 du 15 septembre 2011 consid. 5.2) et de maîtrise de la langue écrite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_17/2011 du 21 avril 2011 consid. 6.2), ces critères n'étant pas topiques pour des tâches physiques ou manuelles simples (niveau 1).

Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement mieux rémunéré que le travail à temps partiel ; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_49/2018 du 8 novembre 2018 consid. 6.2.2.2). Cela étant, si selon les statistiques, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne perçoivent souvent pas un revenu moins élevé proportionnellement à celles qui sont occupées à plein temps (cf., p. ex., arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.2), la situation se présente différemment pour les hommes ; le travail à temps partiel peut en effet être synonyme d'une perte de salaire pour les travailleurs à temps partiel de sexe masculin (arrêt du Tribunal fédéral 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.2).

Une unilatéralité de fait ou une restriction de la main dominante peut justifier un abattement compris entre 20% et 25% (arrêts du Tribunal fédéral 9C_363/2017 du 22 juin 2018 consid. 4.3 et 9C_396/2014 du 15 avril 2015 consid. 5.2).

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

Une déduction maximale ne se justifie que lorsque plusieurs des éléments retenus par la jurisprudence se trouvent réunis chez un assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 311/02 du 4 février 2003 consid. 4.3).

c.c. Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de

compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3 p. 184). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

d. Lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les arrêts cités). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.2). En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010, op. cit., consid. 3.4).

e. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'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).

f. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

15. a. En l'espèce, l'intimé a octroyé un quart de rente au recourant – basé sur une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée – en se fondant sur l'avis final du SMR du 6 novembre 2018. Cet avis a retenu comme atteinte principale ayant un effet sur la capacité de travail des lombosciatalgies, et comme autre atteinte un épisode dépressif moyen. Après avoir examiné les différentes pièces médicales et rapports figurant au dossier, le SMR a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, et de 50 % dans une activité adaptée.

Le recourant conteste cette appréciation, estimant être totalement incapable de travailler.

Or, ni son médecin généraliste traitant, le Dr F_____, ni son psychiatre traitant, le Dr I_____, ne retiennent une incapacité de travail totale. Dans son dernier rapport du 1^{er} juillet 2019, le Dr F_____ a estimé, en faisant état des différentes atteintes du recourant, tant physiques que psychiques, que sa capacité de travail était de l'ordre de 50 %, précisant que l'activité devait être adaptée à ses problèmes physiques et psychiques. Quant au Dr I_____, il a indiqué, dans son rapport du 19 juillet 2018, que d'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail du recourant en activité adaptée était de 50 %. Dans son dernier rapport du 1^{er} juillet 2019, le Dr I_____ n'a pas articulé la capacité de travail exacte du recourant. Il n'a toutefois pas remis en question sa précédente évaluation, indiquant regretter que la décision de l'intimé prive le recourant d'une demi-rente.

S'agissant du cancer de la vessie dont il avait souffert, le Dr O_____ a indiqué, dans son rapport du 19 février 2019, que l'atteinte urologique du recourant n'avait pas d'incidence sur sa capacité de travail, hormis durant les quatre semaines qui avaient suivi l'intervention chirurgicale.

Partant, c'est à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail du recourant de 0 % dans son activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée.

b. Le recourant conteste également la date à compter de laquelle une amélioration de sa capacité de travail doit être retenue.

L'intimé s'est fondé sur le rapport du Dr F_____ du 8 mars 2017 pour retenir une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à compter du 8 mars 2017. Le recourant se prévaut de ce que les divers avis médicaux (notamment ceux du Dr I_____ et du Dr G_____) ne seraient alignés qu'à compter du mois de juin 2017, de sorte que c'est cette date qu'il conviendrait de retenir.

Dans son rapport du 6 mai 2017, le Dr I_____ s'est prononcé en faveur d'un retour à une capacité de travail de 40 à 50 % à compter du 1^{er} juin 2017. Or, on comprend à la lecture de ce rapport qu'il a indiqué cette date car c'est durant le mois de juin que le recourant a tenté une reprise d'activité en bénéficiant d'une mesure d'orientation auprès des K_____. Le Dr I_____ ne justifie pas d'une autre manière cette date du 1^{er} juin 2017.

Quant au rapport du Dr G_____ du 18 avril 2017, il est très concis et peu motivé. Il s'est effectivement prononcé en faveur d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % à compter de mai 2017, mais il retient une capacité de travail de 100 % à compter du mois suivant (juin 2017), au contraire de l'avis des médecins traitants du recourant et des médecins du SMR, qui retiennent tous une capacité de travail définitive de 50 % dans une activité adaptée. L'avis du Dr G_____ n'a dès lors pas été suivi par l'intimé. Le Dr G_____ n'explique par ailleurs aucunement les raisons pour lesquelles il a retenu les dates du 1^{er} mai 2017, puis du 1^{er} juin 2017. Au vu de ce qui précède, ce rapport, qui n'est pas convaincant, ne saurait être

pris en considération pour reconnaître au recourant une capacité de travail à 50 % dans une activité à compter du mois de mai 2017.

Dans ces circonstances, l'on ne saurait reprocher à l'intimé de s'être référé à la date mentionnée dans le rapport du Dr F_____, ce d'autant plus que ce dernier a pris en considération les atteintes tant physiques que psychiques du recourant. Il convient donc bien de retenir une amélioration de la capacité de travail à compter du 8 mars 2017. Le recourant ayant déposé sa demande de prestations le 31 janvier 2017, la rente ne peut être versée qu'à compter du 1^{er} juillet 2017.

16. Le recourant conteste ensuite le statut mixte qui lui a été reconnu, ainsi que les salaires sans invalidité et avec invalidité retenus par l'intimé.

a. S'agissant de son statut, alors que l'intimé avait initialement, dans une première détermination du degré d'invalidité, reconnu au recourant un statut d'actif, il a ensuite retenu un statut mixte à raison de 93 % pour l'activité lucrative et de 7 % pour les tâches ménagères. Dans sa réponse au recours, l'intimé indique s'être fondé sur le rapport de l'employeur, qui a mentionné une durée habituelle de travail dans l'entreprise de 43 heures par semaine, alors que le recourant était occupé à hauteur de 40 heures par semaine.

Il ressort toutefois des comptes salaire 2015 et 2016 figurant au dossier que le recourant effectuait de nombreuses heures irrégulières en sus de ses heures régulières. Par ailleurs, il était le seul à travailler dans le ménage, son épouse s'occupant du foyer. Dans ces circonstances, le recourant doit être considéré comme actif.

b. En ce qui concerne le salaire sans invalidité, le recourant estime que celui-ci devrait s'élever à CHF 61'196.-, soit le salaire qu'il aurait perçu durant l'année précédant la survenance de l'atteinte, et non à CHF 53'179.-.

Dans sa première détermination du degré d'invalidité du 25 avril 2019, l'intimé a retenu un salaire sans invalidité en 2017 de CHF 55'964.-, expliquant que celui-ci correspondrait à une moyenne des salaires actualisés, les revenus du recourant étant fluctuants.

Dans sa deuxième détermination du degré d'invalidité du 4 juillet 2019, l'intimé a retenu un salaire sans invalidité en 2017 de CHF 53'179.-, sans apporter d'explications sur ce montant.

Dans sa réponse au recours, l'intimé indique que ce dernier montant se baserait sur le salaire horaire indiqué par l'employeur dans son rapport, à savoir : CHF 23.60 (base) + 2.51 (indemnité vacances) + 2.18 (13^{ème} salaire), soit un salaire horaire total de CHF 28.30. Le calcul du revenu serait de CHF 28.30 x 40 x (52-5) = CHF 53'204.-.

Or, il ressort du compte salaire 2015 que le recourant a effectué de nombreuses heures régulières et irrégulières les dimanches et les jours fériés, de sorte que le

calcul de l'intimé, fondé sur le salaire horaire indiqué par l'employeur, ne saurait servir de base pour déterminer le salaire sans invalidité du recourant.

Le recourant se base pour sa part sur son compte salaire 2015 – dernière année avant la survenance de l'atteinte –, lequel fait apparaître un salaire brut total de CHF 56'227.75 et un montant de CHF 4'968.-, correspondant au paiement des vacances prises, soit un salaire total brut en 2015 de CHF 61'195.75 selon le recourant.

L'intimé estime que le raisonnement du recourant serait mathématiquement biaisé, les indemnités vacances étant d'après lui déjà prises en compte dans le montant de CHF 56'227.-. Il indique qu'une personne payée à l'heure percevait une sorte d'« avance » pour ses vacances, aucun versement supplémentaire n'étant prévu pour la période de congé effective.

Or, à la lecture du compte salaire 2015 du recourant, on note trois postes relatifs aux vacances :

- 1) un premier poste intitulé « indemnité vacances », s'élevant à CHF 4'502.80, et qui vient, comme le 13^{ème} salaire, s'ajouter au salaire horaire de base et aux heures effectuées les dimanches et jours fériés pour constituer le salaire brut de CHF 56'227.75.
- 2) un deuxième poste intitulé « report vacances », s'élevant également à CHF 4'502.80, et qui est soustrait au salaire brut de CHF 56'227.75.
- 3) un troisième poste intitulé « paiement heures de vacances prises », s'élevant à CHF 4'968.-, et qui est finalement additionné au salaire brut.

Les principaux postes du compte salaire 2015 sont ainsi les suivants :

- Salaire brut : + CHF 56'227.75 (comprenant le salaire horaire, les suppléments pour heures effectuées les dimanches et les jours fériés, une indemnité de vacances de CHF 4'502.80 et le 13^{ème} salaire)
- Total des déductions (AVS, AC, AANP, diverses cotisations) : - CHF 7'840.40
- Report vacances : - CHF 4'502.80
- Paiement heures de vacances prises : + CHF 4'968.-.

Le salaire brut 2015 qu'il convient de retenir, comprenant le paiement des vacances, s'élève donc à CHF 56'227.75 - CHF 4'502.80 + CHF 4'968.- = CHF 56'692.95.

Ce salaire étant celui perçu par l'assuré la dernière année avant la survenance de l'atteinte, c'est celui qu'il convient de retenir, en l'indexant à 2017, année de naissance du droit à la rente et donc déterminante pour la comparaison des revenus.

En adaptant ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes en 2017, (ISS ; en 2015 : 2226 et en 2017 : 2249) : le revenu sans invalidité qu'il convient de retenir s'élève à CHF 57'279.- ($[56'692.95 \times 2249/2226] = 57'278.73$).

c. S'agissant du salaire avec invalidité, le recourant conteste le taux d'abattement de 10 % retenu par l'intimé. Il fait valoir qu'au vu de ses limitations fonctionnelles, de ses nombreuses années de service auprès d'un même employeur, de sa nationalité et de la nécessité d'occuper un poste à temps partiel, un abattement de 25 % aurait dû être admis.

Le recourant ne saurait être suivi. L'intimé a correctement fait usage de son pouvoir d'appréciation pour retenir un abattement de 10 %. En effet, les limitations fonctionnelles du recourant sont déjà prises en compte dans les revenus statistiques retenus et dans la capacité de travail résiduelle de 50 %. S'agissant des critères de l'âge et de la nationalité, ils ne sont pas pertinents, le recourant étant âgé de 47 ans au moment de la comparaison des revenus et étant au bénéfice d'un permis C.

Il sied de relever que le cas d'espèce diffère de l'arrêt 9C_677/2015 précité, dans lequel le Tribunal fédéral a confirmé un abattement de 15 % retenu par la juridiction cantonale : le recourant était âgé de 54 ans au moment de la comparaison des revenus et il avait été absent longtemps du marché du travail.

S'agissant du critère des années de service, le Tribunal fédéral considère que le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (voir par exemple l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5). Cette conclusion vaut également pour le niveau de formation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_427/2011 du 15 septembre 2011 consid. 5.2) et de maîtrise de la langue écrite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_17/2011 du 21 avril 2011 consid. 6.2), ces critères n'étant pas topiques pour des tâches physiques ou manuelles simples (niveau 1).

En ce qui concerne le taux d'activité, si le Tribunal fédéral a effectivement retenu que le travail à temps partiel pouvait être synonyme d'une perte de salaire pour les travailleurs à temps partiel de sexe masculin (arrêt du Tribunal fédéral 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.2), il a également jugé qu'un taux d'activité de 50 % pour les hommes dans les catégories d'emplois ne nécessitant ni formation, ni expérience professionnelle spécifique (activités simples et répétitives), ne justifiait pas un abattement supplémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_622/2016 du 21 décembre 2016 consid. 5.3.2 ; 8C_549/2016 du 19 janvier 2017 consid. 6).

Au vu de ce qui précède, l'abattement retenu par l'intimé, qui dispose à cet égard d'un large pouvoir d'appréciation, n'est pas critiquable.

Par conséquent, le salaire avec invalidité, fondé sur les salaires indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne Total, niveau 1, avec un abattement de 10 %, a été correctement déterminé par l'intimé. Il s'élève donc à CHF 30'196.- (salaire

statistique indexé de CHF 67'102.- pour un temps plein, avec un taux de 50 % et un abattement de 10 %).

d. Il convient à présent de procéder au calcul du degré d'invalidité du recourant, avec un salaire sans invalidité CHF 57'279.-, un salaire avec invalidité de CHF 30'196.- et un statut d'actif. La comparaison des revenus aboutit à un degré d'invalidité de 47.28 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une demi-rente.

Partant, la décision de l'intimé, en tant qu'elle octroie au recourant un quart de rente à partir du 1^{er} juillet 2017, doit être confirmée dans son résultat.

17. Il reste à déterminer si le recourant a droit à des mesures d'ordre professionnel, conformément aux conclusions subsidiaires de son recours.

a. Selon l'art. 8 al. 1^{er} 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. 1^{bis} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 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).

Selon l'art. 8a LAI, les bénéficiaires de rente ont droit à des mesures de nouvelle réadaptation si leur capacité de gain peut, selon toute vraisemblance, être améliorée et ces mesures sont de nature à améliorer leur capacité de gain (al. 1). Les mesures de nouvelle réadaptation destinées aux bénéficiaires de rente comprennent des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle telles que prévues à l'art. 14a al. 2 LAI, des mesures d'ordre professionnel telles que prévues aux art. 15 à 18c LAI, la remise de moyens auxiliaires conformément aux art. 21 à 21^{quater} LAI, l'octroi de conseils et d'un suivi aux bénéficiaires de rente et à leur employeur (al. 2). Les mesures de réinsertion peuvent être accordées plusieurs fois et excéder la durée d'un an au total (al. 3).

L'art. 14a LAI prévoit, en tant que droit, des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, en faveur d'assurés qui présentent depuis six mois au moins une incapacité de travail de 50 % au moins, pour autant que ces mesures – à savoir des mesures socioprofessionnelles et des mesures d'occupation – servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, éd. par Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, p. 137 ss, n. 254 ss).

b. En l'espèce, le recourant a bénéficié de mesures d'orientation professionnelle auprès des K_____ en juin et juillet 2017, puis en octobre 2017. L'intimé lui a refusé d'autres mesures de réadaptation, au motif qu'elles ne seraient pas de nature à réduire le dommage. Le recourant ne fait valoir aucun motif à l'encontre de la position de l'intimé, se contentant simplement de contester celle-ci. Or, au vu des mesures déjà octroyées au recourant et du fait que de nouvelles mesures ne seraient pas de nature à améliorer sa capacité de gain, c'est à juste titre que l'intimé lui a refusé d'autres mesures de réadaptation.

18. Il se justifie, en conséquence, de rejeter le recours.

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

Vu l'issue donnée au recours, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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