RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4463/2019 **ATAS/260/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 mars 2021

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE recourant

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, juges assesseurs.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1972 et de nationalité française, est marié et père d'une fille née en 1994.

2. Il a obtenu un brevet d'études professionnelles en Hôtellerie en 1990 et travaillé dans la restauration en France et en Suisse.

3. Dans un rapport du 8 décembre 2015, la doctoresse B_____, spécialisée en médecine de prévention et santé publique, a indiqué suivre régulièrement l'assuré depuis une hospitalisation en mars 2015. Après une période d'arrêt à 100%, ses soucis de santé, notamment un asthme avec bronchopneumopathie obstructive (BCPO) sévère, lui permettaient d'exercer son métier de serveur au taux maximum de 50%. Dans d'autres activités professionnelles, sa capacité de travail pourrait être réévaluée à la hausse.

4. L'assuré a été hospitalisé aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 7 au 16 mars 2015 en raison d'une crise asthmatique et d'une embolie pulmonaire sub-massive.

5. Du 14 au 24 juin 2016, il a à nouveau été hospitalisé en raison d'une embolie pulmonaire bilatérale lobaire, segmentaire et sous-segmentaire.

6. Le 6 juin 2017, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'une nouvelle hospitalisation depuis le 31 mai 2017, pour une durée indéterminée.

7. Le 22 août 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), en indiquant être en arrêt de travail depuis le 10 juin 2016. Il a invoqué son asthme, les deux embolies pulmonaires dont il avait été victime et expliqué être sous traitement anticoagulant à vie.

8. Le 11 septembre 2017, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et en pneumologie, a adressé un rapport à l'OAI.

   La capacité de travail exigible de l'assuré était de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée depuis le 1er novembre 2015.

   Les diagnostics retenus étaient : asthme sévère stade 4 depuis 1991, rhino-conjonctivite allergique (chats, acariens, chiens, pollens des arbres et des graminées). Était mentionnée l'embolie pulmonaire aiguë sub-massive de mars 2015.

   Selon le médecin, le travail en tant que serveur était impossible en raison de l'asthme, qui se manifestait par crises au travail. Une activité était envisageable à

100% à condition d'être non physique et de ne pas impliquer l'exposition à des irritants ou toxiques respiratoires.

L'assuré devait éviter toute activité s'exerçant uniquement en position debout ou impliquant de marcher beaucoup, tout travail effectué bras au-dessus de la tête ou accroupi, tout port de charges, toute montée d'escalier ou d'échelle ; il était au surplus limité dans l'utilisation de ses deux mains.

9. Le Dr D_____ a confirmé ses diagnostics dans un rapport détaillé du 25 octobre 2017.

   Seul des travaux légers étaient possibles ; l'exposition à l'humidité, au froid, à la fumée, aux gaz, aux vapeurs et aux émanations était proscrite.

10. Dans un rapport du 17 novembre 2017, la Dresse B_____ a confirmé que la capacité de son patient à exercer son activité habituelle était nulle. En revanche, elle était de 50% s'agissant d'une activité adaptée. On ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail.

    Les diagnostics étaient les suivants : asthme, insuffisance respiratoire sur deux embolies pulmonaires massives, hypertension pulmonaire, varices aux membres inférieurs et anémie spoliative sur hernie hiatale. En raison de l'insuffisance veineuse et du traitement respiratoire, l'assuré ne pouvait rester debout ou marcher toute la journée.

    L'assuré avait été fumeur, anciennement dépendant à l'alcool et à l'héroïne, et avait connu des épisodes de dépression en lien avec l'absence de travail. Il était suivi pour le sevrage aux opiacés, au tabac et à l'alcool et était désormais abstinent.

    Les limitations fonctionnelles énumérées étaient similaires à celles évoquées par le Dr D_____.

11. Dans une note du 18 juillet 2018, l'OAI a noté qu'avant l'atteinte à sa santé, l'assuré avait alterné des activités temporaires et des périodes de chômage à 100%. L'assuré acceptait les emplois qu'il trouvait, de sorte qu'il fallait lui reconnaître le statut d'une personne active.

12. En juillet 2018, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité en prenant en considération un temps de travail raisonnablement exigible de 50% et un abattement supplémentaire du revenu d'invalide de 10% en raison des limitations fonctionnelles. L'assuré ayant alterné activités temporaires et périodes de chômage avant l'atteinte à sa santé, il était difficile de déterminer le salaire sans invalidité, de sorte que, pour celui-ci, il convenait également de se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Tant le salaire sans invalidité que le salaire avec invalidité étaient fondés sur le niveau de compétence 1 de l'ESS.

    Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité était de 55%.

13. Par décision du 7 février 2019, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1er février 2018.

En effet, il résultait de la procédure d'instruction qu'il présentait une atteinte à la santé invalidante depuis mars 2015, entraînant une incapacité de travail entière dans sa profession habituelle, réduite à 50% s'agissant d'une activité adaptée.

La demande ayant été déposée en août 2017, ce n'était qu'à compter du 1er janvier 2018 que le droit aux prestations pouvait lui être reconnu.

Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

14. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans, dans un arrêt du 2 mai 2019, l'a partiellement admis, a annulé la décision du 7 février 2019 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, suivant en cela la proposition faite par l'OAI, à qui il était apparu ce qui suit.

    En effet, la capacité de travail de l'assuré n'avait fait l'objet d'aucun examen préalable par le service médical régional (ci-après : SMR).

    Par ailleurs, les avis des Dr D_____, spécialiste, et B_____, médecin traitant, divergeaient quant aux conséquences de l'atteinte pneumologique sur la capacité de travail de leur patient.

    De surcroît, le dossier n'avait pas été examiné sous l'angle de la réadaptation professionnelle.

    Enfin, la détermination du degré d'invalidité avait été faite de manière erronée, le calcul se basant sur les salaires statistiques valables pour les femmes.

15. Par courrier du 30 juillet 2019, l'OAI a demandé à la Caisse cantonale genevoise de compensation (CCGC) de suspendre le versement de la rente jusqu'à nouvel avis de sa part.

16. Le 31 juillet 2019, le SMR a émis l'avis qu'il n'était pas possible en l'état de se déterminer de façon définitive sur la sévérité des atteintes pneumologiques ; il était nécessaire de demander aux médecins les derniers bilans pneumologiques.

17. Le 15 août 2019, le SMR, après avoir reçu les résultats d'une spirométrie effectuée le 31 janvier 2019, a estimé que les atteintes pulmonaires ne présentaient pas de critères de gravité. Partant, il convenait de s'en tenir aux conclusions du Dr D_____ et de considérer que la capacité de travail était nulle dans toute activité demandant des efforts physiques importants depuis 2015, et pleine dans toute profession adaptée aux limitations fonctionnelles (non physique et n'exposant pas à des irritants ou toxiques respiratoires), depuis toujours.

18. Le 6 septembre 2019, le Dr D_____ a précisé que son patient souffrait d'un asthme très sévère de stade 4, cortico-dépendant, avec de multiples effets secondaires de la corticothérapie systémique (notamment une ostéoporose et une cataracte bilatérale). Un traitement biologique (anticorps monoclonal mepolizumab, Nucala) avait débuté à l'automne 2017 et les résultats avaient été spectaculaires, avec un sevrage de la cortisone, un contrôle clinique très satisfaisant de l'asthme, une amélioration des fonctions pulmonaires et la disparition de l'éosinophilie

sanguine. La qualité de vie de l'assuré en avait été métamorphosée. Au vu du succès thérapeutique et de la sévérité de la maladie de base, il importait de poursuivre ce traitement. Le Dr D_____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assuré.

19. Le 13 septembre 2019, le service de réadaptation de l'OAI a conclu à l'absence de perte de gain, le revenu après invalidité étant largement supérieur aux gains effectivement réalisés avant l'atteinte à la santé.

    Partant, le droit à un reclassement n'était pas ouvert.

    Par ailleurs, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrait le marché du travail en général, on devait admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, était adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré, comme la surveillance, la vérification, le contrôle, ou encore des activités d'accueil. Dans ce contexte, d'autres mesures professionnelles ne se justifiaient pas.

    Enfin, les conditions pour l'octroi d'une aide au placement n'étaient pas remplies.

20. Le 24 septembre 2019 l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de mesures de réadaptation et de supprimer rétroactivement au mois de juillet 2019 la rente octroyée par décision du 7 février 2019 et suspendue depuis l'arrêt du 2 mai 2019.

    Si la capacité de travail de l'assuré était bien nulle dans son ancien domaine d'activité, elle était restée entière dans une activité adaptée à son état de santé.

    Quant aux mesures professionnelles, elles ne permettraient pas de rétablir sa capacité de gain selon le service de réadaptation.

21. Dans un certificat du 23 octobre 2019 adressé à l'OAI, la Dresse B_____ a attesté d'une insuffisance respiratoire à la suite d'un asthme sévère et de deux embolies, d'une hypertension pulmonaire, de varices post-thrombose veineuse profonde (TVP), d'une hernie hiatale avec acidité gastrique et anémie spoliatrice (difficilement opérable), d'une ostéoporose sur prise de corticostéroïde chronique, et d'antécédents d'une opération cardiaque à un très jeune âge.

    Sa précédente recommandation pour un travail adapté à sa situation à maximum 50% restait valable. L'ancienne activité n'étant plus exigible. Le médecin soutenait la demande de son patient visant l'octroi d'une formation et d'une réadaptation professionnelle.

22. Par décision du 4 novembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de mesures de réadaptation et supprimé rétroactivement au mois de juillet 2019 la rente octroyée par décision du 7 février 2019.

23. Le 4 décembre 2019, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans.

    Il reproche à l'intimé de n'avoir procédé à aucune instruction supplémentaire depuis l'arrêt de la Cour et de s'être contenté de retenir uniquement la conclusion

qui l'arrangeait, à savoir celle du Dr D_____, en ignorant celle de la Dresse B_____. Or, ces deux médecins ne le suivent pas pour les mêmes atteintes, le premier se concentrant sur son asthme sévère, la seconde sur les suites de ses embolies pulmonaires, son hypertension pulmonaire, ses varices, son hernie hiatale et son ostéoporose.

Le recourant soutient que sa santé s'est dégradée depuis le dépôt de sa demande, en août 2017. Il doit prendre à vie des anticoagulants et subir des injections mensuelles. Ses frais médicaux s'élèvent à près de 3'000.- CHF/mois et, depuis 2017, il est hospitalisé au moins une fois par an pour de graves problèmes de santé, notamment une hémorragie interne qui a failli lui coûter la vie en octobre 2018.

Il estime dans ces conditions ne pouvoir exercer aucune activité à moins qu'elle ne permette des horaires très flexibles et soit adaptée à sa condition physique et à ses limitations.

24. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 8 janvier 2020, a conclu au rejet du recours.

Il argue que selon le SMR, la capacité de travail du recourant est entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, que selon le dernier rapport du pneumologue, un nouveau traitement mis en place a apporté des résultats spectaculaires, améliorant fortement la qualité de vie de l'intéressé et que, partant, c'est à juste titre qu'il a admis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

25. Dans sa réplique du 6 février 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions et produit, notamment :

- un rapport du Dr D_____ du 4 février 2020, complétant celui du 6 septembre 2019, indiquant que l'évolution sous traitement de Nucala a montré que celui-ci était assez mal supporté, en particulier dans les trois jours suivant son administration, avec une faiblesse généralisée et des douleurs squelettiques diffuses ; il convenait de prendre en compte le coût financier important de ce traitement (environ 1'600.- CHF/mois) au vu de la situation socio-économique de l'assuré, car une insuffisance de moyens économiques pour le financer aurait des conséquences catastrophiques ; compte tenu des multiples comorbidités et des nombreux effets secondaires des traitements médicamenteux, le médecin évaluait la capacité de travail de son patient à 50% de manière définitive ; une réadaptation professionnelle dans un poste adapté à l'état de santé, en particulier respiratoire, était indispensable ;

- un rapport de la Dresse B_____ du 4 février 2020, rappelant que son patient souffre de plusieurs comorbidités en plus d'un asthme sévère (insuffisance cardiaque opérée dans l'enfance, insuffisance veineuse importante, allergies multiples, hernie hiatale inopérable avec gastrite chronique, antécédents de thromboses et embolies, anémie chronique) ; même dans une activité adaptée, elle estime sa capacité de travail à 50% au maximum ; le nouveau traitement par Nucala a entraîné une amélioration temporaire de la santé, mais entraîne des effets secondaires et pose un problème de coût ; le

médecin sollicite une « mesure AI à 50% » avec une mesure d'adaptation professionnelle à 50%, ainsi qu'une évaluation régulière de la capacité de travail, dont elle souligne qu'elle risque de diminuer avec le temps ;

- un avis de sortie des HUG du 13 octobre 2018, attestant que l'assuré y a séjourné du 10 au 13 octobre 2018 en raison d'une hémorragie digestive haute, qu'une gastroscopie a été pratiquée, qui a mis en évidence une angiodysplasie type Dieulafy parapapillaire qui a été coagulée ;
- des copies de ses factures médicales et de pharmacie pour les années 2018 et 2019.

Le recourant argue que la décision litigieuse est uniquement basée sur l'avis du SMR du 15 août 2019, lequel se fonde lui-même sur le rapport du Dr D_____. Il reproche à l'intimé de faire totalement abstraction des autres affections chroniques dont il est atteint aux niveaux veineux et circulatoire.

Il souligne qu'il est sans revenu depuis août 2017 et doit assumer des frais médicaux de 3'500.- CHF/mois en moyenne, sans compter les frais d'hospitalisation quand il y en a. Sa femme, qui est également malade et a des frais médicaux élevés, ne réalise qu'un salaire d'assistante administrative. Sans l'aide de l'assurance-invalidité, il ne peut plus payer le Nucala, ni ses autres traitements.

26. Dans sa duplique du 1er avril 2020, l'intimé a admis la nécessité d'une instruction complémentaire au vu des contradictions s'agissant de la capacité de travail du recourant.

Il se réfère à un nouvel avis du SMR émis le 31 mars 2020, qui constate que le dossier ne contient aucun document permettant de confirmer l'hypertension pulmonaire et la pathologie cardiaque évoquée et leurs conséquences sur la fonction cardiaque et/ou pulmonaire.

S'agissant de l'anémie sur spoliation gastrique ayant motivé une hospitalisation, il n'y a selon le SMR pas de critère de gravité ; l'atteinte doit être surveillée et l'anémie substituée ; cela n'entraîne pas de limitation fonctionnelle sur le long terme.

L'ostéoporose isolée sans fractures associées et la cataracte opérée n'entraînent pas non plus de limitations fonctionnelles ou d'incapacité de travail.

L'insuffisance veineuse des membres inférieurs contre-indique l'activité de serveur mais n'empêche pas l'exercice d'une profession adaptée.

Le recourant étant sous anticoagulation à vie, cela entraîne une limitation fonctionnelle complémentaire, celle d'exclure tout risque de saignement (pas d'utilisation d'outils tranchants ou à moteur dangereux).

Enfin, le SMR relève les contradictions entre les avis des Drs B_____ et D_____ : la première évalue la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, tandis que le second l'estimait à 100% en 2017, mais à 50% en 2020, et ce, alors même que l'asthme a diminué, d'où la nécessité d'éclaircir les atteintes à la

santé, l'impact de chacune sur la capacité de travail, les limitations fonctionnelles qui en découlent, leur impact global sur la capacité de travail et l'évolution de celle-ci depuis 2016.

27. Par courrier du 7 mai 2020, la Cour de céans a donc interrogé les Drs B_____ et D_____.

28. Le 18 mai 2020, la Dresse B_____ a répondu que son patient souffre des pathologies suivantes :

    - maladie cardiaque congénitale opérée dans l'enfance en Afrique du Sud ;
    - hernie hiatale, œsophagite chronique avec malabsorption, angiodysplasie de Dieulafoy parapapillaire avec hémorragies récidivantes ;
    - insuffisance veineuse chronique d'origine inconnue, deux thromboses profondes idiopathiques (en 2015 et 2016) compliquées par une insuffisance veineuse des membres inférieurs et des embolies pulmonaires massives, avec comme conséquence une hypertension pulmonaire modérée, et un traitement anticoagulant à vie ;
    - anémie ferriprive ;
    - hyperthyroïdie sur thyroïde en 2016 (actuellement calme) ;
    - épisode de dépression majeure (2017) ;
    - asthme sévère avec limitations fonctionnelles, amélioré depuis l'introduction d'un nouveau traitement, lequel provoquait des effets secondaires importants ;
    - allergies multiples (en phase de désensibilisation) ;
    - fatigabilité importante sur insuffisance respiratoire et anémie ;
    - douleurs dorsales et lombaires chroniques avec remaniements dégénératifs modérés des plateaux vertébraux, en lien avec une ostéoporose sévère sur prise de corticostéroïdes chroniques ;
    - déficit de flexion D5 de la main droite, sur ancienne fracture, en attente d'opération.

    Selon elle, les limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle concernent surtout l'insuffisance veineuse, avec une incapacité d'au moins 80%, et l'insuffisance respiratoire (impact de 10 à 20%), les autres problèmes influençant la capacité à hauteur de 10% au maximum. Dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles découlent surtout de l'insuffisance veineuse (impact estimé à 25%) et de l'insuffisance respiratoire (impact de 25% également), les autres problèmes ayant un impact de 10% au maximum.

    Partant, la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle et de 40 à 50% dans une activité adaptée.

    Depuis juin 2016, le recourant a été hospitalisé à plusieurs reprises et sa capacité à exercer son activité habituelle a été nulle depuis lors. Malgré une amélioration de sa capacité pulmonaire avec le nouveau traitement instauré, cela n'a eu qu'un impact

limité sur la capacité de travail dans l'activité habituelle. D'autres problèmes de santé, notamment des douleurs dorsales, ont empirés depuis. Le recourant a effectué diverses activités bénévoles quelques heures par semaine (avec quelques interruptions en lien avec ses soucis de santé).

29. Le Dr D_____ a répondu le 26 mai 2020, en précisant que son appréciation prenait en compte uniquement l'aspect pneumologique.

    L'assuré souffre d'une insuffisance respiratoire sur asthme sévère sous traitement biologique (Nucala) et d'une hypertension artérielle pulmonaire modérée post-embolique, traitée par une anticoagulation à vie.

    Les limitations fonctionnelles, en lien avec ces diagnostics, sont les suivantes : essoufflement et fatigabilité à l'effort entraînant une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité habituelle et une incapacité de travail définitive de 50% dans une activité adaptée.

    Depuis juin 2016, la capacité de travail du recourant a été de 0%. L'introduction du nouveau traitement biologique en octobre 2017 a conduit à une amélioration de l'insuffisance respiratoire, mais sans véritable impact sur la capacité de travail dans l'activité habituelle de serveur.

30. L'intimé s'est déterminé le 24 juin 2020 en produisant l'avis émis par le SMR en date du 22 juin 2020.

    Selon la doctoresse E_____, du SMR, on peut suivre les conclusions motivées et objectives des médecins traitants.

    Le recourant souffre d'atteintes pulmonaires, veineuses et ostéoarticulaires incapacitantes, qui justifient une limitation de la capacité de travail, même dans une activité adaptée.

    Il convient de retenir comme date d'amélioration de l'état de santé le mois d'octobre 2017, en raison de la stabilisation des pathologies aiguës et de l'introduction du Nucala.

    Les atteintes incapacitantes retenues par le SMR sont : asthme sévère, status post deux embolies pulmonaires massives avec hypertension artérielle pulmonaire, insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs, dorso-lombalgies chroniques et hémorragies digestives récidivantes dans un contexte d'angiodysplasie entraînant une anémie ferriprive.

    L'activité de serveur n'est plus exigible depuis mars 2015 et ce, de manière définitive.

    Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 50% depuis octobre 2017, les limitations fonctionnelles étant : asthénie, fatigabilité et dyspnée, pas d'exposition aux poussières, aux allergènes et au froid, pas d'utilisation d'outils tranchants ou à moteur dangereux, activité sédentaire sans port de charges, ni effort, pas de mouvement en porte-à-faux du tronc, nécessité d'alterner les positions.

Au vu de cet avis, l'intimé modifie ses conclusions et retient que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle depuis le 10 juin 2016, mais qu'il a recouvré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis d'octobre 2017.

À défaut d'une situation professionnelle stable et de données salariales concrètes, le revenu sans invalidité doit être déterminé selon l'ESS.

Les revenus avec et sans invalidité étant basés sur la même tabelle statistique, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalide, dont l'intimé propose qu'elle soit fixée à 10%, ce qui conduit à un degré d'invalidité de 55% ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er février 2018.

Selon l'intimé, des mesures d'ordre professionnel ne sont ni nécessaires, ni adéquates, dans la mesure où elles ne sont pas de nature à augmenter la capacité de gain.

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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était pendant le 1er janvier 2021, le litige reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

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

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

6. 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).

7. 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).

8. 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.

9. 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. 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).

c. 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).

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. En l'espèce, l'intimé a initialement retenu, dans la décision querellée, que la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée à son état de santé. Il s'est fondé sur l'avis du SMR du 15 août 2019, lequel a retenu, au vu des derniers bilans pneumologiques, que les atteintes pulmonaires ne présentaient pas de critère de gravité et qu'il convenait donc de s'en tenir aux précédentes conclusions du Dr D_____, lequel avait considéré que la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée. À cet égard, il sied de relever que le Dr D_____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant à la suite de l'arrêt de renvoi de la Cour de céans, l'intimé ne lui ayant pas demandé de le faire. Le 6 septembre 2019, le Dr D_____ a simplement commenté les derniers bilans pneumologiques et précisé que le traitement par Nucala avait eu des effets très positifs sur les fonctions pulmonaires de son patient.

    Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a produit un nouveau rapport du Dr D_____ du 4 février 2020, complétant celui du 6 septembre 2019 et

précisant cette fois que sa capacité de travail était de 50% au maximum dans une activité adaptée de manière définitive, au vu des multiples comorbidités et des nombreux effets secondaires des traitements médicamenteux. Le recourant a également produit un nouveau rapport de la Dresse B_____, laquelle a conclu dans le même sens. Le recourant a aussi indiqué avoir séjourné aux HUG du 10 au 13 octobre 2018 en raison d'une hémorragie digestive haute.

Interrogée par la Cour de céans, la Dresse B_____ a listé toutes les pathologies dont souffre sont patient et précisé l'influence sur la capacité de travail de l'insuffisance veineuse (25%), de l'insuffisance respiratoire (25%) et des autres affections (10% au maximum). Elle en tire la conclusion que la capacité de travail maximale dans une activité adaptée est de 40-50%, tout en précisant que d'autres problèmes de santé, notamment des douleurs dorsales, ont dernièrement empiré.

Sur la base de ces derniers rapports, le SMR a admis le caractère invalidant des atteintes pulmonaires, veineuses et ostéo-articulaires, même dans une activité adaptée et s'est rangé aux conclusions des médecins traitants, jugées motivées et objectives, soit une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Dans la mesure où tant le Dr D_____ que le médecin-traitant concluent à une capacité de travail totale définitive de 50% dans une activité adaptée, c'est à juste titre que le SMR a conclu en ce sens. En effet, si le Dr D_____ affirme, dans son courrier du 26 mai 2020, n'avoir envisagé que l'atteinte pneumologique, en réalité, il ressort de ses propos antérieurs qu'il a également tenu compte des autres atteintes pour fixer la capacité de travail dans la mesure où il a invoqué expressément les « nombreuses comorbidités » de son patient et ses difficultés économiques à l'appui de son appréciation du 4 février 2020.

On ajoutera que les explications de la Dresse E_____, du SMR, apparaissent convaincantes. Ce médecin retient même des atteintes incapacitantes supplémentaires (telles l'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs, les dorso-lombalgies chroniques et les hémorragies digestives récidivantes), mais explique que celles-ci n'ont pas de conséquences en termes de capacité de travail pour autant que les limitations fonctionnelles qu'elles induisent (pas d'utilisation d'outils dangereux, nécessité d'alterner les positions) soient respectées. C'est ainsi de manière motivée qu'elle conclut en définitive à une incapacité de travail globale de 50% dans une activité adaptée, rejoignant en cela les conclusions des médecins-traitants.

Au vu de ces éléments, du fait que les atteintes sont clairement établies et non contestées, tout comme les limitations fonctionnelles qui en découlent, c'est à juste titre que l'intimé conclut à une capacité de travail exigible de 50% dans un domaine adapté dès octobre 2017.

13. Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité retenu par l'intimé.

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).

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).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124

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

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques - soit lorsque la personne assurée n'exerçait pas d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé ou que le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé avec suffisamment de précision (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 243/99 du 23 mai 2000 consid. 2b) -, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalide afin de tenir compte, conformément aux principes développés à l'ATF 126 V 75, de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

c. 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_200/2017du 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).

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).

d. 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).

e. En l'espèce, à défaut d'une situation professionnelle stable et en l'absence de données complètes sur le revenu que le recourant réalisait avant son atteinte à la santé, il convient de se baser sur les données statistiques telles qu'elles résultent de l'ESS. Il en va de même pour le revenu avec invalidité, le recourant n'ayant pas repris d'activité. Les revenus avec et sans invalidité étant basés sur la même tabelle statistique, c'est à bon droit que l'intimé a indiqué, dans sa dernière écriture, que le degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'un éventuel abattement.

L'intimé a opéré un abattement de 10% sur le revenu d'invalide, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles. Eu égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral susmentionnée et au large pouvoir d'appréciation dont bénéficie l'intimé sur ce point, la Cour de céans considère que les circonstances personnelles et professionnelle du cas particulier ne justifient pas une réduction supérieure.

En effet, le recourant, né en 1972, était encore relativement jeune au moment de l'ouverture du droit à la rente (46 ans en 2018). Par ailleurs, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018, 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2 et la référence). De plus, l'influence de la durée de service diminue dans la mesure où les exigences d'un emploi dans le secteur privé sont moins élevées. Ainsi, un abattement pour années de service n'est pas justifié dans le cadre du niveau de compétences 1 dès l'ESS 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_883/2015, 8C_884/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.3.2 et les références).

Partant, le degré d'invalidité du recourant s'élève à 55%, ouvrant le droit à ~~un quart de~~***une demi** rente d'invalidité dès le 1er février 2018 (soit à l'échéance du délai d'attente de six mois), sous réserve des prestations déjà versées. ***** **Rectification d'une erreur matérielle le 08.06.2021/SKA/wmh**

L'intimé ayant dans la décision querellée nié au recourant tout droit à une rente, le recours sera dès lors admis sur ce point.

14. Il reste à déterminer si le recourant a droit à des mesures d'ordre professionnel.

a. Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er 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

amélioré/e de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

Selon l'art. 8*a* 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. 14*a* al. 2 LAI, des mesures d'ordre professionnel telles que prévues aux art. 15 à 18*c* 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).

Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, n^{os} 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne

activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

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

Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit : à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) ; à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b).

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

b. En l'occurrence, l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité apparaît superflue lorsque, comme en l'espèce, le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif est adapté aux limitations du recourant et accessible sans aucune formation particulière (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3 ; 9C_236/2012 du 15 février 2013 consid. 3.5). De même, une mesure d'aide au placement ne se justifie pas, le recourant ne présentant pas de limitations fonctionnelles (cécité, mutisme, mobilité limitée, troubles de comportement) qui l'entraveraient dans sa recherche de travail.

Cela étant, au vu du taux d'invalidité de 55% reconnu précédemment, une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI pourrait être envisageable. Une telle mesure ne se justifie toutefois pas en l'espèce, dès lors que les activités que le recourant est à même d'exercer ne nécessitent pas de formation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_467/2012 du 25 février 2013 consid. 5.2 ; ATAS/432/2018 du 23 mai 2018 consid. 15e). Il est en effet rappelé que le Tribunal fédéral considère qu'un marché équilibré du travail offre un nombre significatif d'activités compatibles avec les restrictions présentées par le recourant et accessibles sans aucune formation particulière. On peut à cet égard citer par exemple des tâches simples de surveillance, d'accueil, de réception, de vérification ou de contrôle, pour lesquelles une simple mise au courant suffit.

Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimé a refusé l'octroi d'une mesure d'ordre professionnel au recourant.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse annulée.

Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant qui n'est pas représenté et n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 4 novembre 2019.
4. Dit que le recourant a droit à ~~un quart de~~ *** une demi** rente d'invalidité à compter du 1er février 2018, sous réserve des prestations déjà versées. *** Rectification d'une erreur matérielle le 08.06.2021/SKA/wmh**
5. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La Présidente
Marie-Catherine SÉCHAUD	Karine STECK

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