RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4721/2019 **ATAS/147/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 février 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERNIER recourant

contre

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

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

EN FAIT

1. En date du 21 janvier 2014, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, divorcé et père de deux enfants, a déposé une demande de prestations d'invalidité pour adultes auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

   Il indiquait sous la rubrique « atteinte à la santé » une dépendance aux opiacés, un traumatisme crânien avec séquelles, une hépatite C, ainsi que l'épilepsie. Il était sans travail, bénéficiant de l'aide de l'hospice général.

   Dans son dossier, figurait une lettre de sortie du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, avec pour code diagnostic CIM 10, d'autres formes de délirium F05.8, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance F11.22, des troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis syndrome de dépendance, actuellement abstinent, mais dans un environnement protégé F12.21, une hépatite C active, une fibrose hépatique extensive, une épilepsie lésionnelle post-traumatisme crânien. Sous la rubrique condition d'hospitalisation, il était indiqué qu'il s'agissait de la 11ème hospitalisation, pour faire le bilan des troubles cognitifs et praxiques en progression chez un patient connu pour une poly-toxicomanie.

2. Le SMR de l'OAI a recommandé, en date du 28 février 2017, de mettre en place une expertise, voire un examen psychiatrique. L'OAI a mandaté pour ce faire le docteur B_____, psychiatre et psychothérapeute.

3. En date du 31 juillet 2017, l'expert a rendu un rapport sur la mission d'expertise diligentée sur l'assuré. Deux entretiens avaient eu lieu avec l'expertisé, pour un total de 3h30, ainsi qu'un entretien téléphonique avec la mère de l'expertisé – chez qui ce dernier vivait depuis son divorce - et un entretien téléphonique avec Madame C_____, infirmière référente. Après une anamnèse minutieuse sur le plan familial, personnel et professionnel, l'expert avait cité les résultats de son entretien téléphonique avec la mère de l'expertisé, qui déclarait que ce dernier se débrouillait seul dans son quotidien ; il aidait dans les activités qu'elle n'arrivait plus à entreprendre, ajoutant qu'elle se disait tranquillisée par l'état de son fils qu'elle décrivait comme s'étant amélioré depuis plusieurs années, malgré la présence persistante d'angoisses liées notamment à l'avenir de ses enfants. Il avait peu de contacts et passait beaucoup de temps à la maison à jouer ou regarder la télévision. L'entretien téléphonique avec l'infirmière référente avait permis d'apprendre que l'expertisé était suivi au PEPS depuis avril 2010 et qu'elle le soignait depuis mars 2015. La fréquence des séances était irrégulière et dépendait de l'état de l'expertisé, variant d'une à deux fois par semaine à une fois par mois selon les périodes. Il s'agissait principalement de stabiliser les consommations de l'expertisé, qui présentait une évolution favorable, se montrait régulier, demandeur, impliqué dans sa prise en charge et autonome dans les démarches qu'il entreprenait. Sur le plan médical et psychiatrique, l'expert rappelait qu'en 1991, l'assuré avait fait une chute

dans une piscine vide, dans un contexte de forte consommation, avec un hématome sous-dural fronto pariétal gauche et avait passé deux jours dans le coma avant que son état ne s'améliore, avec des séquelles, crises d'angoisse et épisode d'épilepsie post-lésionnelle. Par la suite, il avait fait l'objet de plusieurs hospitalisations, dans un contexte de sevrage aux opioïdes, il avait fait en hiver 1991 une overdose gravissime, puis avait été hospitalisé 11 fois au cours des années, la dernière fois en novembre 2013, à l'unité de psychiatrie hospitalière adulte des HUG. Après avoir examiné les différents rapports des médecins traitants et le bilan neuropsychologique de l'assuré, l'expert répondait aux questions de l'OAI de la façon suivante : le diagnostic était des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés F11.2 et de sédatifs F13.2, ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation des dérivés du cannabis F12.2 ; selon l'expert, ses fonctions mnésiques instrumentales étaient pour l'essentiel préservées malgré un trouble attentionnel, un syndrome dysexécutif léger que l'on retrouvait très fréquemment chez les personnes en situation opioïde. Le suivi addictologique, installé de longue date était approprié, l'assuré faisait montre d'une bonne collaboration dans le cadre de son suivi d'addictologie qui ne présentait pas de comorbidités psychiatriques ; son profil actuel était clairement addictologique. L'expert considérait que l'assuré pouvait suivre un programme de réadaptation à temps plein dans le domaine de la mécanique, l'obstacle essentiel étant ici ses multiples dépendances aux substances psychoactives et le déconditionnement inévitable après 10 ans d'inactivité. Selon l'expert, contrairement aux diagnostics proposés par le passé, on ne retrouvait aucun trouble cognitif significatif ; il s'agissait d'une situation purement addictologique avec une possibilité de réadaptation qui restait intacte, bien qu'il soit évident que les troubles cognitifs, le détachement lié à la dépendance aux toxiques et le déconditionnement ne permettaient aucunement un retour en économie libre. La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était estimée à 0%, mais la capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré était estimée à 100%.

4. Suite à l'expertise, le docteur D_____, du SMR, a rendu un rapport du 4 septembre 2017 par lequel il résumait le rapport d'expertise du 31 juillet 2017 et reprenait le diagnostic des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés. Selon le médecin-conseil, l'assuré ne présentait pas une atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité, car l'addiction décrite par l'expert n'était pas en relation avec une autre psychopathologie et l'examen neuropsychologique était dans la limite de la norme. Le SMR retenait que l'expertise était convaincante, tenait compte des plaintes de l'assuré et s'appuyait sur un examen clinique approfondi, complété par un examen neuropsychologique.

5. Un projet de décision du 5 septembre 2017, refusant la rente d'invalidité et les mesures professionnelles a été envoyé à l'assuré qui a fait opposition, sans toutefois, apporter des précisions ou des documents médicaux complémentaires. L'OAI a donc rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures

professionnelles, en date du 14 septembre 2017. L'assuré n'a pas fait recours et la décision est entrée en force.

6. En date du 4 avril 2019, l'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations d'invalidité à l'OAI, indiquant souffrir des mêmes troubles de la santé qu'il avait déjà mentionnés dans le cas de sa précédente demande avec, en sus, un calcanéum en août 2017. Il indiquait comme médecin le docteur E_____, généraliste, ainsi que le docteur F_____, psychiatre. Concernant ses antécédents professionnels, l'assuré déclarait comme dernière activité, stoppée en 2007, celle de mécanicien pour la ville de Genève, avec un salaire brut mensuel de CHF 5'800.-.

7. Par courrier du 9 avril 2019, l'OAI a rappelé à l'assuré que le droit aux prestations qu'il sollicitait avait déjà fait l'objet d'une décision négative du 4 novembre 2017 et que sa nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi, de façon plausible, que l'invalidité s'était modifiée, dans l'intervalle, de manière à influencer ses droits. Par conséquent, il lui était demandé de fournir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision.

8. Le 9 avril 2019, un rapport d'examen neuropsychologique a été effectué, à la demande du Dr E_____, par le docteur G_____, médecin adjoint aux HUG, et la psychologue H_____, afin d'inventorier d'éventuels troubles cognitifs multifactoriels qui avaient été constatés lors d'un premier bilan neuropsychologique en 2012. Les conclusions du rapport étaient les suivantes ; sur le plan mnésique : performance normale en mémoire à court terme et de travail en modalité visuospatiale, performance supérieure à la norme en modalité verbale, améliorée en comparaison des bilans neuropsychologiques précédents ; en mémoire à long terme : en modalité verbale, troubles de l'encodage et troubles de la récupération en mémoire épisodique verbale ; en modalité visuelle, les performances se situaient entre normale et limite inférieure ; avec en conclusion que les performances étaient superposables pour la mémoire visuelle, mais se péjoraient en modalité verbale. Sur le plan exécutif et attentionnel, on relevait une amélioration notable au niveau de la capacité de vitesse de traitement et d'inhibition, avec des performances dans la norme, supérieures à la norme en comparaison du bilan neuropsychologique de 2012.

9. Le Dr E_____ a transmis à l'OAI un certificat médical du 8 mai 2019, se référant à la demande de l'OAI des nouveaux éléments médicaux, dans lequel il rappelait les diagnostics de ce patient polymorbide à savoir : une dépendance aux opiacés sous substitution F11.22 ; une épilepsie post-séquelles TCC et sevrage BDZ, sous haute dose de Rivotril ; des troubles cognitifs multifactoriels post TCC, médication psychotrope, anxiété généralisée et consommation de cannabis avec une dernière évaluation complète faite le 20 mars 2019 par la neuropsychologue I_____ ; une dépendance au cannabis F12.2 ; un trouble anxieux généralisé F41 ; une ostéoporose du rachis, Tscores à -2.4 en 2017 ; une fibrose hépatique F3 sur HCV guérie en 2017, une fracture du calcanéum droit traitée par fixateur externe et une

réduction de la facette postérieure du calcanéum. Le médecin se déclarait à disposition pour toute information complémentaire et dans l'attente de la décision de l'OAI.

10. Parmi les documents transmis par le Dr E_____ à l'OAI, figuraient un compte rendu opératoire du 4 septembre 2017, fait par le docteur J_____, chirurgien et chef de clinique auprès des HUG, sur un diagnostic de fracture du calcanéum droit, indiquant que l'opération s'était bien déroulée et que le patient devait porter un Orthofix pendant 3 mois et subir des contrôles réguliers les mardis avec le « team pied » en salle de traitement.

11. Suite à la réception des documents médicaux transmis par le Dr E_____, le docteur K_____, du SMR, a considéré, par avis du 8 juillet 2019, que l'assuré avait rendu plausible l'aggravation durable de son état de santé suite à la transmission des documents concernant l'intervention chirurgicale au niveau du calcanéum et a recommandé une entrée en matière sur la demande de l'assuré.

12. Sur demande de l'OAI, la doctoresse L_____, chirurgienne du service orthopédique traumatologie des HUG, a transmis une note de suite datée du 29 août 2018 décrivant l'évolution de l'assuré après sa fracture du calcanéum ; il était indiqué que l'évolution était favorable, que l'assuré allait bien et n'avait plus aucune douleur avec ses semelles, que la cicatrisation était bonne, ainsi que l'alignement du pied et qu'il n'y avait pas de douleurs à la palpation. Il suivait un traitement de physiothérapie et il était conseillé qu'il continue de porter des semelles plantaires ; la durée prévisible du traitement était estimée de 12 à 18 mois.

13. En date du 22 octobre 2019, le Dr K_____ du SMR a rendu un rapport final subséquent, considérant qu'à l'issue du bilan neuropsychologique, il apparaissait que l'assuré présentait des performances mnésiques exécutives et attentionnelles dans la norme et en amélioration depuis le dernier bilan pratiqué en 2012. Selon le Dr K_____, l'atteinte à la santé incapacitante était principalement le status post-fracture du calcanéum droit, le début de l'incapacité de travail durable devait être fixé à 100% depuis le 31 août 2017, la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de mécanicien était de zéro, mais dans une activité adaptée était de 100% ; le début de l'aptitude à la réadaptation était le 29 août 2018, il n'y avait pas de traitement spécialisé raisonnablement exigible et au niveau des limitations fonctionnelles, il fallait une activité ne nécessitant pas de marche sur longue distance ni de station debout prolongée ni de port de charges de plus de 15 kg.

14. Se fondant sur l'avis du SMR, l'OAI a rendu un projet de décision du 1er novembre 2019, refusant la rente d'invalidité et les mesures professionnelles, au motif qu'après une comparaison des revenus avec et sans invalidité, la perte de gain due au calcanéum s'élevait à 10% ; dès lors que le degré d'invalidité était inférieur à 40%, il n'y avait pas de droit à une rente. Le revenu sans invalidité était estimé à CHF 67'430.-, alors que le revenu avec invalidité était estimé à CHF 60'687.-. Il en résultait une perte de gain de CHF 6'743.-. Les mesures professionnelles étaient

refusées, notamment un éventuel reclassement professionnel, au motif que la perte de gain était inférieure à 20%.

15. Par courrier du 25 novembre 2019, l'assuré a fait opposition en alléguant que son état de santé physique et psychique ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle, en raison des problèmes d'équilibre suite à l'accident survenu il y a une vingtaine d'années. Depuis lors, il faisait des crises d'angoisse et avait régulièrement des flash-backs lui faisant revivre l'accident, ce qui affectait sa vie quotidienne. De plus, suite à son opération du pied, il n'arrivait plus à se mouvoir correctement et les douleurs s'accentuaient de jour en jour, l'empêchant d'être actif. Ces problèmes de santé pesaient sur son moral ce qui avait pour conséquence un repli sur lui-même ; il proposait de faire parvenir à l'OAI un rapport de son médecin généraliste et de son psychiatre attestant ses propos. L'OAI a fixé un délai au 12 décembre 2019 à l'assuré pour compléter son audition par des éléments médicaux circonstanciés.

16. L'assuré n'ayant fait parvenir aucun document médical, en date du 17 décembre 2019, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, se fondant sur les éléments déjà communiqués à l'assuré dans le cadre du projet de décision, notamment le fait que le degré d'invalidité était inférieur à 40%, ce qui excluait tout droit à une rente.

17. En date du 19 décembre 2019, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 17 décembre 2019, reprenant les arguments déjà avancés dans le cadre de son opposition et ajoutant que, sur conseil de son médecin généraliste, il demandait qu'une expertise soit mandatée afin de réévaluer son degré d'invalidité. Il ajoutait qu'il n'était pas apte à reprendre une activité professionnelle et ce dans n'importe quel domaine.

18. L'OAI a répondu en date du 20 janvier 2020, soulignant que le recourant n'alléguait aucun fait précis susceptible de remettre en cause la décision attaquée et ne produisait aucun document médical à l'appui de son recours, ce qui empêchait l'intimé de faire une appréciation différente du cas et ce qui l'amenait à conclure au rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

19. Par courrier du 22 janvier 2020, la chambre de céans a demandé au recourant de joindre toutes pièces utiles à l'appui de son recours. Aucune pièce n'a été transmise.

20. En date du 23 décembre 2020, la chambre de céans a rappelé au recourant qu'il n'avait produit aucun document à l'appui de son recours et qu'il évoquait un réseau de soins autour de lui, mais sans plus de précisions ; un délai au 15 janvier 2021 lui a été fixé pour qu'il transmette d'éventuels documents médicaux pouvant confirmer ses allégations.

21. En l'absence de réaction, un ultime délai au 3 février 2021 a été fixé au recourant pour transmettre d'éventuels documents médicaux complémentaires, par courrier du 25 janvier 2021. Le recourant n'a pas répondu.

22. Sur ce, la cause a été gardé 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. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le présent recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. 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.

4. 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).

5. a. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1).

   La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles du 17 décembre 2019.

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, 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).

8. 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).

   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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c. 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).

d. 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).

e. 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).

f. 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).

g. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. 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).

11. 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).

    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 (arrêts 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_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'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

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).

12. Depuis la 10e 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).

13. 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).

14. 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).

15. Selon le tableau T 18 « Salaire mensuel brut (valeur centrale) selon le taux d'occupation, la position professionnelle et le sexe » de l'ESS 2014, on constate en effet que les travailleurs occupés entre 50% et 74% perçoivent un salaire mensuel de CHF 5'714.- (calculé sur la base d'un taux d'occupation de 100%), soit un salaire moins élevé que celui versé en cas d'emploi à temps plein (taux d'occupation de

90% ou plus), lequel se monte à CHF 6'069.-. Dans la mesure où les statistiques démontrent que les travailleurs occupés entre 50% et 74% reçoivent un salaire mensuel inférieur de 5,84% à celui versé aux hommes travaillant à temps plein (taux d'occupation de 90% ou plus), il se justifie de procéder à un abattement supplémentaire pour ce motif (arrêt du Tribunal fédéral 9C_10/2019 du 29 avril 2019 consid. 5.2.2).

16. 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).

17. Cependant, 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'invalide 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).

18. 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'oeuvre (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).

19. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5).

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).

20. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 119 V 475 consid. 2b; ATF 114 V 313 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

21. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (art. 28*a* al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI [RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016, op. cit., consid. 5.4.2).

    Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. À cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir

compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, SVR 2010 IV n° 9 p. 27 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1, SVR 2011 IV n° 30 p. 86; arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).

22. 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. 1er). 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).

23. 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).

24. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

25. En l'espèce, seuls entrent en considération les troubles de la santé dus à la fracture du calcanéum, la décision attaquée n'entrant pas en matière sur les éventuels troubles de la santé résultant de l'addictologie du recourant.

    Invité à multiples reprises à communiquer à la chambre de céans d'éventuels documents médicaux soutenant ses allégations, le recourant n'a fourni aucune pièce.

    Il sied donc de se fonder sur les documents médicaux transmis par l'OAI, qui comprennent, notamment, les rapports fournis par le médecin-traitant du recourant, le généraliste E_____. Parmi lesdits rapports, seul le compte-rendu opératoire du 4 septembre 2017, suite à l'opération chirurgicale du 31 août 2017, et la note de suite du « team pied » des HUG sont topiques pour évaluer le nouveau trouble de la santé retenu par l'OAI.

    Le compte-rendu opératoire, rédigé par le Dr J_____ documente la mise en place d'un fixateur externe Orthofix sur le calcanéum pendant 3 mois, ainsi qu'un contrôle hebdomadaire régulier avec le « team pied ».

    La note de suite, rédigée par la Dresse L_____, du « team pied », en date du 29 août 2018, décrit une évolution actuelle favorable, une suite de physiothérapie et

la poursuite de l'utilisation de semelles plantaires. La durée prévisible du traitement est estimée entre 12 et 18 mois.

Ces éléments médicaux, provenant des médecins-traitants du recourant, sont suffisants pour que la chambre de céans ne juge pas nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire, la problématique médicale étant relativement simple et suffisamment documentée.

Dans son rapport final subséquent, le Dr K_____ du SMR, fixe le début de l'incapacité de travail durable à 100% au 31 août 2017, jour de l'opération chirurgicale. Il estime la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de mécanicien à zéro, mais dans une activité adaptée à 100% ; le début de l'aptitude à la réadaptation étant le 29 août 2018. Selon le médecin-conseil du SMR, il n'y a pas de traitement spécialisé raisonnablement exigible et au niveau des limitations fonctionnelles, il faut une activité ne nécessitant pas de marche sur une longue distance, ni de station debout prolongée, ni de port de charges de plus de 15 kg.

En l'état, le moment de l'apparition de l'incapacité de travail est fixé au jour de l'intervention chirurgicale ce qui est corroboré par les déclarations du recourant dans le formulaire de demande de prestations invalidité indiquant l'apparition du calcanéum en août 2017.

Le rapport du SMR est cohérent avec les éléments relevés par les médecins-traitants et leurs prévisions sur l'évolution, notamment le rapport de la Dresse L_____.

La chambre de céans considère dès lors comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la capacité de travail du recourant dans son ancienne activité de mécanicien sur cycles et motos est nulle, mais qu'il conserve une capacité de 100% dans une activité adaptée avec les limitations énoncées par le Dr K_____, soit une activité adaptée ne nécessitant pas de marche sur une longue distance, ni de station debout prolongée, ni de port de charges de plus de 15 kg.

26. Dans un second temps et bien que le recourant ne remette pas en question ce point, il sied d'examiner le calcul effectué par l'OAI, afin de déterminer le taux d'invalidité du recourant par la méthode dite de comparaison des revenus.

    Dès lors que l'on ne peut se fonder sur le revenu ressortant de la dernière activité lucrative du recourant - ce dernier ne travaillant plus depuis 2007 - c'est à juste titre que l'OAI s'est fondée sur les tabelles statistiques, étant rappelé que lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

À cet égard, le calcul effectué par l'intimé n'est pas critiquable. Le recourant ne conteste d'ailleurs pas la prise en compte d'un revenu sans invalidité fondé sur les salaires statistiques.

En revanche, s'agissant du revenu d'invalide, l'intimé n'a procédé à aucun abattement.

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). Pour un indépendant, tout comme pour un salarié, le revenu sans invalidité est celui qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA auquel renvoie l'art. 28a al. 1 LAI).

Dans le cas d'espèce, le recourant est âgé de 53 ans et n'exerce plus aucune activité lucrative depuis de nombreuses années, ce qui induit un déconditionnement professionnel. Il est également établi qu'il subit des limitations fonctionnelles qui ont été décrites par le SMR et qu'il est victime d'un problème d'addictologie. Tenant compte de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans considère, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation, qu'il est raisonnable d'appliquer un taux d'abattement de 10%, ce qui conduit à prendre en compte un salaire dans une activité adaptée de CHF 54'618.- en lieu et place de CHF 60'687.-.

La comparaison des revenus permet alors d'établir une différence de CHF 12'812.- soit une perte de gain de 19%. Ce taux est toutefois inférieur au taux de 40% nécessaire à l'octroi d'une rente et inférieur au taux de 20% nécessaire à l'octroi de mesures professionnelles.

27. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et le recourant sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	Le président
Diana ZIERI	Philippe KNUPFER

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