RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4766/2019 **ATAS/844/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 août 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 ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

1. En novembre 2017, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1964, au bénéfice d'une formation de carrossier, a déposé auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) une demande de prestations en invoquant des « problèmes de dos, de jambes, de bras », un diabète, une hypertension et une incapacité totale de travail depuis le 1er mai 2017.

2. Du curriculum vitae de l'assuré, il ressort qu'il a travaillé en tant que carrossier de 1986 à 2005, puis comme coursier/gérant de buvette et, enfin, de 2013 à 2016, comme monteur/réviseur de systèmes de détection et de lutte contre l'incendie.

3. Selon le rassemblement des comptes individuels AVS, le dernier poste occupé dans la société B_____Sàrl a été rémunéré CHF 29'850.- en 2013, CHF 28'295.- en 2014, CHF 31'254.- en 2015 et CHF 14'476.- en 2016.

   Interrogé par la Cour de céans, l'employeur a indiqué que l'assuré avait travaillé pour lui à deux reprises : la première fois, du 1er février 2013 au 31 juillet 2014, pour un taux d'activité moyen de 80%, la seconde, du 9 février 2015 au 31 juillet 2016, pour une rémunération de 26,80 CHF/h. Si l'assuré avait été employé à plein temps, il aurait travaillé 187 heures et gagné 5'011.60 CHF brut/mois.

4. Ont été versés au dossier, notamment :

   - un rapport du 24 octobre 2017 du service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG) faisant état de cervicalgies et lombalgies (palpation et mobilisation de la nuque et du rachis douloureuses, marche possible dans les trois modes, diminution de la force au serrage du poing à droite et très légère nucalgie à droite), le reste du status neurologique étant sans particularité ; les médecins ne pouvaient objectiver de conflits évidents à l'imagerie pouvant expliquer les symptômes ;
   - un rapport de sortie des HUG du 31 octobre 2017, faisant mention, à titre de diagnostic principal, d'un angor instable, à titre de diagnostics secondaires, d'une hypertension artérielle, d'une hypercholestérolémie, d'un diabète de type II insulino-requérant et, à titre de comorbidité, notamment, d'une hypertrophie concentrique du ventricule gauche depuis 2007 et de cervicalgies et lombalgies ;
   - une lettre de sortie du 7 novembre 2017, dans laquelle les médecins du service de cardiologie des HUG expliquent que l'assuré est connu pour de multiples facteurs de risques cardiovasculaires, plusieurs malaises sans perte de connaissance depuis octobre 2017 et une suspicion d'infarctus stemi ; une lésion de l'artère interventriculaire antérieure (IVA) distale a été traitée par la pose d'un stent actif et le patient mis au bénéfice d'un traitement médicamenteux ; une amélioration clinique importante a été notée après l'angioplastie, avec disparition des malaises ; malgré une clinique atypique,

les médecins ont conclu à un angor instable ; l'échocardiographie avait montré une fraction d'éjection ventriculaire gauche normale ; un programme de réadaptation cardiaque était préconisé ;

- un bref courrier du 8 décembre 2017, du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, indiquant que son patient était déconditionné, qu'il avait fait un infarctus, qu'il souffrait d'un angor instable, d'obésité, de diabète de type II insulino-requérant, d'hypertension artérielle, de tabagisme chronique, d'une bronchopneumopathie obstructive (BPCO) et d'une hyperlipémie mixte ; le médecin mentionnait également un syndrome douloureux du rachis sans indication chirurgicale ; il suggérait un bilan de compétences et un passage en atelier pour faire le point sur les limitations réelles ou hypothétiques de son patient et le « réinjecter dans un contexte de travail surveillé » ;
- un avis émis le 24 septembre 2018 par le Service médical régional de l'AI (SMR), notant que l'assuré était en arrêt de travail pour des cervicobrachialgies droites dans un contexte de discopathie (protrusion discale C5-C6 et C6-C7 sans conflit radiculaire) et pour des lombosciatalgies L5 droites sur arthrose facettaire pluriétagée et rétrécissement en L4-L5 avec possible contact avec la racine L5 sans déficit sensitivomoteur ; le SMR notait également l'existence d'un angor instable ayant nécessité un stent en octobre 2017, intervention dont il a relevé qu'elle entraînait une incapacité de travail d'environ trois mois ; les atteintes cervicales, lombaires et cardiaques contrindiquaient l'activité habituelle ; en revanche, une activité permettant d'épargner le rachis et n'impliquant pas de travail de force (port de charges de moins de 10 kg, efforts réduits) était exigible à plein temps depuis février 2018.

5. Le 29 octobre 2019, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.

6. L'assuré l'a contesté en alléguant ne pouvoir plus rien faire.

7. Un nouvel avis a été demandé au SMR qui, le 6 février 2019, a précisé les limitations fonctionnelles : pas d'activité en porte-à-faux du rachis lombaire, pas de position statique prolongée, pas d'extension/flexion prolongée de la nuque, pas d'activité de force et pas de stress continu et port de charges limité à 10 kg au maximum.

   Les pièces médicales produites par l'assuré montraient qu'il avait souffert d'un malaise d'origine hypovolémique début mars 2018. De nouvelles investigations cardiaques, notamment une scintigraphie, étaient revenues négatives.

   L'assuré continuait à se plaindre de douleurs cervicales et lombaires. Une électroneuromyographie (ENMG) avait montré une atteinte du nerf médian des deux côtés, plus marquée à gauche, avec une atteinte axonomyélinique sensitivomotrice focale au niveau du poignet. Il n'y avait cependant pas d'atteinte radiculaire cervicale ou lombaire et le médecin évoquait une symptomatologie douloureuse diffuse.

   Une expertise pluridisciplinaire était préconisée.

8. Celle-ci a été confiée aux docteurs D_____, spécialiste en médecine interne, E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, auprès de CEMEDEX SA, qui ont rendu leur rapport en date du 23 août 2019.

   Ont été retenus à titre de diagnostics incapacitants : une névralgie cervicobrachiale droite C6 sur discopathie et protrusion discale C5-C6 et C6-C7, une sciatique L5 droite sur discopathie lombaire basse, un canal carpien bilatéral et une chondropathie rotulienne.

   Ont également été mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail : un trouble dépressif récurrent épisode moyen, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, un diabète de type II insulino-requérant, un status post-angor instable, une hypertension artérielle traitée, une hypercholestérolémie, une obésité, une élévation isolée des gammas GT dans un contexte de consommation excessive d'alcool, un diabète mal équilibré, une dyslipidémie, ainsi qu'un status après fracture de l'avant-bras droit avec syndrome des loges en 2004.

   Il a été conseillé d'éviter : le soulèvement de charges de plus de 10 kg, la position en porte-à-faux du buste, les mouvements de rotation du buste, le travail en hauteur, les positions agenouillée ou accroupie, les escaliers, les mouvements de préhension ou de pronosupination forcée et répétée des mains, le travail de nuit, les horaires irréguliers, le travail en hauteur, l'exposition à des températures extrêmes, le port de charges lourdes, ainsi que les activités à responsabilité et nécessitant une trop grande implication cognitive.

   Les ressources internes de l'assuré étaient limitées, avec une tendance à l'évitement et peu de possibilités d'introspection ou de motivation à poursuivre des thérapies ou un sevrage.

   Les capacités d'adaptation, de planification et de structuration des tâches ainsi que de prise de décision étaient très limitées également.

   La réalité des atteintes d'un point de vue rhumatologique n'était pas contestable, mais il existait des discordances entre la clinique, la radiologie et l'électromyographie.

   En revanche, il n'y avait pas d'incohérence entre l'anamnèse, l'examen clinique et le dossier sur le plan psychiatrique et en médecine interne générale.

   La capacité de travail était de 0% depuis mai 2017 dans l'activité habituelle, mais de 100% depuis toujours - hormis une période d'incapacité de trois mois à compter du 26 octobre 2017, suite à la coronaropathie.

   Une cure de sevrage d'alcool était exigible, tout comme une meilleure observance au traitement et l'adhésion à des mesures hygiéno-diététiques indispensables au bon équilibre du diabète. Un geste médical serait probablement à envisager s'agissant du canal carpien gauche.

9. Par décision du 10 décembre 2019, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

   S'il a reconnu à l'assuré une totale incapacité à exercer son activité habituelle depuis octobre 2017, l'OAI a considéré que l'intéressé avait recouvré, depuis février 2018, une pleine capacité de travail dans un poste adapté à son état de santé.

   L'OAI a dès lors procédé à une comparaison des gains en se basant sur les statistiques, tant s'agissant du revenu avant invalidité – vu le parcours professionnel peu régulier de l'intéressé – que du revenu après invalidité – vu l'absence de revenu effectivement réalisé. Les deux revenus étant basés sur la même tabelle statistique, le degré d'invalidité se confondait avec l'incapacité de travail et était dès lors nul.

10. Par écriture du 20 décembre 2019, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en alléguant que son état de santé s'aggravait, qu'il lui était impossible de rester assis plus de 10 minutes ou de porter quoi que ce soit sans ressentir des souffrances atroces.

11. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 30 janvier 2020, a conclu au rejet du recours.

12. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 4 février 2021.

    Le recourant a expliqué avoir exercé les activités de carrossier, de gérant de buvette et, en dernier lieu, de réviseur de détecteurs à incendie.

    Si son revenu a fluctué entre 2013 et 2017, c'est parce qu'il dépendait du volume de travail disponible. Son taux d'activité a ainsi varié de 50 à 70%.

    Sa demande vise l'obtention d'une rente d'invalidité. Il souhaiterait travailler, mais ne peut plus rien faire en raison des douleurs dont il souffre au dos, aux genoux et partout. S'y ajoutent un diabète et « le reste » : récemment, en mai 2020, il a été victime d'une déchirure des ligaments ; l'opération a été écartée, de sorte que la rééducation traîne en longueur.

    L'assurance-chômage l'a considéré comme « non plaçable » de sorte qu'il émarge à l'aide sociale.

    Âgé de 57 ans, il ne voit pas qui voudrait l'engager dans son état et à son âge.

13. Par écriture du 9 juin 2021, l'intimé, après avoir pris connaissance des précisions fournies par le dernier employeur en date de l'assuré, a souligné qu'à la survenance de l'invalidité, soit en mai 2017, l'intéressé ne travaillait déjà plus pour lui.

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 alors déjà pendant, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de 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.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

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. 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).

9. 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).

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

    La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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

    b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la

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

c. 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). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). À cet égard, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018) ; et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

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).

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 termes de facilité d'intégration sur le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3).

d. Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, il n'est pas nécessaire de les chiffrer précisément, dans la mesure où le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1 et les références).

11. En l'espèce, l'intimé considère que l'assuré a conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée lui permettant de préserver sa capacité de gain, ce que l'intéressé conteste, arguant qu'il lui est impossible de rester assis plus de dix minutes et de porter des charges.

    Force est de constater que l'expertise pluridisciplinaire réalisée en août 2019 remplit tous les réquisits permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. En effet, elle se fonde sur une documentation complète et des diagnostics précis et apporte des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées.

    Les experts ont tenu compte des atteintes évoquées par les médecins-traitants. Ils ont ainsi retenu une névralgie cervicobrachiale droite, une sciatique L5 droite, un canal carpien bilatéral et une chondropathie rotulienne.

    Ils en ont tiré la conclusion que l'assuré rencontrait effectivement des limitations fonctionnelles et qu'il devait éviter le soulèvement et le port de charges de plus de 10 kg, la position en porte-à-faux du buste, les mouvements de rotation du buste, le travail en hauteur, les positions agenouillée ou accroupie, les escaliers, les mouvements de préhension ou de pronosupination forcée et répétée des mains, le travail de nuit, les horaires irréguliers, le travail en hauteur, l'exposition à des températures extrêmes, ainsi que les activités à responsabilité et nécessitant une trop grande implication cognitive.

    Ils ont également noté que les capacités d'adaptation, de planification et de structuration des tâches ainsi que de prise de décision étaient très limitées.

    Néanmoins, ils ont conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

    C'est à juste titre que l'intimé s'est rangé à ces conclusions, dans la mesure où elles ne sont contredites par aucun élément médical objectif contraire. On relèvera que les diagnostics posés correspondent à ceux retenus par les médecins-traitants et que ceux-ci ne se sont jamais prononcés sur la capacité de travail de leur patient. Quant aux limitations fonctionnelles, elles recouvrent celles retenues par le SMR en février 2019.

    Quant au degré d'invalidité, son calcul n'est pas critiquable.

    Eu égard au fait que le recourant avait cessé de travailler depuis juillet 2016, soit depuis plusieurs mois, lorsque l'incapacité de travail a été attestée, en mai 2017, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé aux statistiques pour fixer le revenu avant invalidité.

    S'agissant du revenu d'invalide, on peut certes regretter que l'intimé n'ait pas énuméré les activités compatibles avec les limitations du recourant. Il convient

néanmoins d'admettre, conformément à la jurisprudence, que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux dites limitations et accessibles sans aucune formation particulière.

Quant au fait que l'assuré soit âgé de plus de 57 ans, il ne suffit pas de le constater pour que cela justifie une réduction supplémentaire du revenu d'invalide. Quoi qu'il en soit, même si l'on admettait en l'occurrence le bien-fondé d'une réduction de 20% pour tenir compte de l'âge de l'assuré et du fait que seule une activité légère lui est désormais accessible, le recourant a clairement indiqué, lors de son audition, que sa demande ne visait pas une réadaptation mais une rente, de sorte que les conditions subjectives pour l'octroi d'une mesure professionnelle ne sont pas réunies.

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et le recourant 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	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	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