

GE_GERICHTE A/1380/2019 vom 1. Oktober 2019

GE Cour de justice, 2019-10-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1380_2019

FR: GE_GERICHTE A/1380/2019 du 1 octobre 2019

IT: GE_GERICHTE A/1380/2019 del 1 ottobre 2019

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant d'origine serbe né en 1958, s'est établi en Suisse en 1989, où il a travaillé en tant que maçon et ferrailleur pour différents employeurs. Il a perçu des indemnités de l'assurance-chômage dès le 1^{er} février 2011. 2. Des radiographies de la colonne lombaire réalisées le 29 mai 2012 ont révélé une discrète scoliose à convexité droite avec accentuation de la lordose physiologique, une cunéisation des vertèbres D1, D12 et L1 avec herniations intra-spongieuses traduisant des séquelles d'une maladie de Scheuermann, une ostéophytose antérieure en L4 sans discopathie significative au niveau lombaire et un aspect verticalisé des facettes articulaires postérieures, avec sclérose traduisant des réactions de surcharge. 3. Une radiographie du pied gauche du 25 juin 2012 a mis en évidence une épine calcanéenne et une calcification de l'insertion du tendon achilléen, et un discret pincement cunéo-métatarsien du 1 (sic) et métatarso-phalangien avec ostéophytose. 4. Selon une IRM lombaire du 5 février 2013, l'assuré présentait un canal lombaire constitutionnel relativement étroit ; une dégénérescence discale en L1-L2, L3-L4 et L4-L5 ; une protrusion discale L1-L2 en partie ostéophyttaire sans contrainte sur les racines sous-jacentes ; une protrusion discale L4-L5 sans effet compressif sur les racines ; et une arthrose interapophysaire postérieure prédominant en L2-L3 avec épaississement des ligaments jaunes rétrécissant discrètement le canal dans le sens latéral. 5. Le 8 mars 2013, l'assuré a conclu un contrat de mission en qualité de maçon à plein temps du 11 mars au 22 juillet 2013, pour un salaire horaire de CHF 29.-, indemnités pour vacances et jours fériés et 13^{ème} salaire non inclus. 6. La doctoresse B_____, généraliste, a attesté une incapacité de travail totale dès le 17 avril 2013. 7. Le 18 juillet 2013, l'assuré a consulté le service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en raison de la persistance d'une lombosciatalgie. Un lumbago avec sciatique gauche a été diagnostiqué. 8. Une radiographie de la colonne lombaire réalisée à la même date a révélé une ébauche d'ostéophyte marginal de L4, une discrète discopathie L5-S1, une néo-articulation transverso-sacrée L5-S1 à droite par rapport au côté gauche avec intervalle transverso-sacrée conservé. 9. Une IRM de la colonne lombaire du 24 juillet 2013 a mis en évidence une discopathie L3-L4 et L4-L5 avec contact récessal de l'émergence de la racine L4 gauche à hauteur de L3-L4. 10. Dans un rapport du 25 juillet 2013, la doctoresse C_____, médecin au service des urgences des HUG, a évoqué une symptomatologie atypique avec une douleur lombaire basse en barre, sans point électif, et une douleur du talon gauche avec paresthésie locale. La corrélation entre l'IRM et les symptômes était mauvaise. Il fallait discuter une reconversion professionnelle ou une

demande de rente d'invalidité. 11. Le 9 septembre 2013, l'assuré a consulté les médecins du service de rhumatologie des HUG. Au vu des difficultés de communication avec l'assuré, il leur était difficile de conclure, mais celui-ci présentait des lombalgies versus une lombosciatalgie gauche non déficitaire, avec une IRM parlant pour une discopathie L3-L4 et L4-L5 avec un contact récessal de l'émergence L4 gauche (non compatible). Pour cette problématique, les médecins préconisaient la reprise de l'antalgie. Le Brufen® semblait efficace. Pour juger de l'efficacité du Lyrica®, il fallait au minimum un mois à bonne dose. Ils proposaient également des séances de physiothérapie. Les douleurs du talon gauche pouvaient s'inscrire soit dans le contexte d'une composante neurogène ou, vu leur caractère mécanique, dans le contexte d'une probable fasciite plantaire. Si ce diagnostic devait être confirmé, de la physiothérapie et des talonnettes étaient suggérées. 12. Le 25 septembre 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé). 13. Dans un rapport du 20 octobre 2013, la Dresse B _____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire, sur discopathies et protrusions discales au niveau L1-L2, L4-L5 et sur probable instabilité lombaire, une arthrose interapophysaire postérieure, des lombosciatalgies aiguës gauches à répétition, un status post-goitre multinodulaire et post-thyroïdectomie totale le 5 avril 2012, une hypertension artérielle, un état d'angoisse et une périarthrite de la hanche gauche. L'incapacité de travail était totale depuis le 22 avril 2013. Le port de charges lourdes et les travaux lourds étaient contre-indiqués. 14. Dans un rapport du 6 janvier 2014, le docteur D _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué que l'assuré l'avait consulté. Ce dernier parlant et comprenant mal le français, l'anamnèse était difficile. Il avait travaillé pendant 26 ans comme maçon dans le bâtiment et avait occasionnellement souffert de lombalgies. En avril 2013, il avait subi un blocage douloureux de la colonne lombaire. Il continuait depuis à souffrir de lombalgies basses constantes et quotidiennes, aussi la nuit. Il signalait des douleurs mal systématisées du membre inférieur gauche jusque dans le pied, sans pouvoir préciser leur trajet. Il présentait une importante surcharge pondérale. L'examen était rendu difficile par une résistance à la mobilisation de la colonne dorso-lombaire par crainte des douleurs. La mobilisation lombaire dans toutes les directions provoquait une exacerbation des lombalgies. Les apophyses épineuses L4-L5 et dans une moindre mesure S1 étaient douloureuses à la palpation. La musculature para-lombaire était très sensible à la palpation des deux côtés. L'assuré souffrait de lombalgies chroniques dans un contexte d'obésité. Il y avait quelques éléments en faveur d'une tendinobursite associée du moyen fessier gauche, qui expliquait peut-être une partie des douleurs du membre inférieur gauche. Il n'y avait actuellement pas de signe net en faveur d'un syndrome radiculaire ou lombo-vertébral ni d'un déficit neurologique. Le radiologue décrivait quelques lésions dégénératives assez banales, ainsi que des éléments en faveur d'un discret rétrécissement du canal rachidien qui pouvait éventuellement participer aux douleurs, mais la symptomatologie était toutefois assez atypique pour ce diagnostic. L'assuré semblait avoir eu tous les traitements habituellement préconisés. Une perte de poids serait bénéfique, mais le rhumatologue était plutôt pessimiste pour la suite. 15. Dans un courrier du 2 avril 2014 à l'OAI, la Dresse B _____ a précisé que l'assuré souffrait principalement de lombosciatalgies gauches à répétition, d'une périarthrite de la hanche gauche ainsi que d'une probable instabilité dorso-lombaire. Ces pathologies expliquaient la persistance de douleurs au niveau de la colonne dorso-lombaire et du membre inférieur gauche. Tant que son état n'était pas stabilisé, il ne pouvait pas travailler. 16. Dans un rapport du 16 mai 2014 à

l'OAI, le Dr D_____ a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail une lombalgie chronique depuis avril 2013, et sans incidence sur la capacité de travail une obésité, une probable tendinobursite trochantérienne gauche, une hypertension artérielle, une hypothyroïdie substituée et une hyperlipidémie traitée. Les séances de physiothérapie et les anti-inflammatoires non stéroïdiens n'avaient pas soulagé les symptômes. Le pronostic était mauvais pour les douleurs. La capacité de travail était totale en tant que maçon. Le médecin n'avait vu l'assuré qu'une fois mais pensait que la reprise d'une activité adaptée se solderait par un échec. Il doutait de l'efficacité de mesures médicales. Toutefois, en dehors des plaintes douloureuses, une activité adaptée serait possible immédiatement, si elle respectait les limitations suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de mouvements répétés de la colonne lombaire, pas de positions en porte-à-faux lombaire, pas de travaux physiquement pénibles. L'assuré pouvait exercer des activités uniquement en position assise avec une performance de 80 %, des activités uniquement en position debout jusqu'à cinq heures par jour avec une performance de 70 %, des activités dans différentes positions avec une performance de 70 %, des activités exercées principalement en marchant (terrain irrégulier) jusqu'à cinq heures par jour avec une performance de 70 %, des activités impliquant de monter dans les escaliers à raison de six heures par jour avec une performance de 70 %, des activités avec les bras au-dessus de la tête avec une performance de 80 %. Il ne pouvait pas accomplir d'activités en se penchant, accroupi, à genoux, en rotation en position assise, ni d'activités debout ou sur une échelle ou un échafaudage. Le port de charges était limité à 5 kg. 17. Dans un avis du 12 juin 2014, la docteure E_____, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a admis une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, et totale dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles impliquaient d'éviter le port de charges lourdes, les positions en porte-à-faux, les mouvements de rotation du rachis, la montée et descente d'escaliers, et la marche en terrain irrégulier. Les médecins du service de rhumatologie des HUG avaient indiqué en septembre 2013 que l'adaptation du traitement antalgique apporterait une amélioration. Or, le Lyrica® faisait effet un mois après son introduction. La date du début de la réadaptation était ainsi fixée à octobre 2013. 18. L'OAI a octroyé une orientation professionnelle à l'assuré du 22 septembre au 21 décembre 2014. 19. Dans un rapport du 22 décembre 2014, les Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) ont souligné que la station debout était possible durant une heure. L'assuré était capable d'apprendre des nouvelles tâches en reproduisant des activités simples et répétitives. Lorsque l'assuré était en possession des consignes, il était capable de réaliser ses tâches avec méthode et efficacité. Les délais étaient le plus souvent en dessus des exigences attendues, mais parfois au détriment de la propreté et de la qualité. Dans les activités manuelles, il se montrait intéressé par le travail, développant avec la pratique un bon sens logique. Il cherchait à comprendre ce qu'il faisait et était capable d'analyser et de résoudre les problèmes pour acquérir le plus rapidement possible de l'autonomie. L'observation révélait de bonnes capacités d'apprentissage dans des travaux nécessitant peu de finesse ou de précision (tri, conditionnement, montage ou démontage de pièces de mécanique légère). Une orientation dans un domaine nécessitant de parler correctement ou de lire le français serait difficile sans cours intensif de langue préalable. En revanche, l'assuré pourrait se réorienter sans difficultés dans une activité d'exécutant simple et répétitive comme le tri, le conditionnement, l'emballage, le montage ou démontage de pièces de mécanique légère. Il était apte à s'intégrer au marché économique normal. Il en connaissait et respectait les règles. Il avait su accomplir les démarches d'orientation professionnelle de manière autonome. Il avait trouvé des appuis

pour effectuer ses démarches malgré ses difficultés. Il avait intégré le stage sans véritable projet professionnel, mais se disait très motivé et prêt à tout pour son reclassement dans une activité adaptée à son problème physique. Il se verrait bien comme accompagnant dans un train, mais cette orientation n'était pas adaptée à ses limitations. Il se projetait également dans la conduite de véhicules. Il aimerait bien devenir concierge ou travailler dans le nettoyage. Ces orientations étaient toutefois éliminées car elles n'étaient pas compatibles avec les limitations actuelles. Il se verrait bien dans l'horlogerie, mais n'avait pas la finesse du geste. Les orientations professionnelles mises en avant étaient celles de tablateur, d'ouvrier dans le conditionnement ou d'ouvrier d'usine. L'assuré avait eu un rendement de 100 % durant son stage d'ouvrier à l'établi. Il s'était montré intéressé par les tâches et augmentait son rendement avec la pratique, travaillait de manière autonome et était capable d'initiatives. Il avait le savoir-être professionnel, il était ponctuel et rendait un travail de qualité. Il était rigoureux, serviable et respectueux des règles. Ses grandes difficultés en français oral freineraient son intégration dans une entreprise, mais il trouvait des solutions pour communiquer en allemand et en italien. Le stage en atelier avec un taux de présence de 100 %, la rapide autonomie, le savoir-être, la qualité du travail rendu, le rendement proche de la normale avaient confirmé les compétences de l'assuré dans les domaines du conditionnement et de l'assemblage simples. 20. Le 30 mars 2017, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. S'agissant du revenu sans invalidité, il a pris en compte un montant de CHF 68'348.- correspondant au salaire en 2013 de CHF 29.- de l'heure, multiplié par 176 heures par mois, plus 2.9 % de pause, indexé à 2014. Le revenu avec invalidité correspondait au salaire tiré de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour un homme dans les activités simples et répétitives (ESS 2014, T1, niveau 1) adapté à la durée normale de travail, soit CHF 5'593.- par mois et CHF 67'116.- par an. Après abattement de 20 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, de l'âge et de la limitation aux seuls travaux légers, le revenu d'invalidité était de CHF 53'693.-. La perte de gain était de 21.4 %. Selon l'assistante sociale de l'assuré à l'Hospice général, contactée par l'OAI, une évaluation aux EPI n'avait pu être mise en oeuvre car l'assuré se disait en incapacité de travail en raison de lombalgies et présentait systématiquement un certificat médical. Il lui avait déclaré ne pas faire de recherches d'emploi. D'autres mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées. Le rapport de stage concluait que la pleine capacité de travail résiduelle était exploitable dans des activités manuelles simples et répétitives légères. La capacité de travail n'avait pas pu être mise en valeur en raison de facteurs sans lien avec l'atteinte à la santé, comme la méconnaissance de la langue française, une conjoncture défavorable dans les activités industrielles simples et légères et le comportement d'invalidité de l'assuré. L'OAI considérait dès lors que les conditions subjectives à la réadaptation n'étaient pas remplies. 21. Le 25 avril 2017, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré niant le droit à une rente d'invalidité. Il a repris son calcul du degré d'invalidité du 30 mars 2017, lequel n'ouvrait pas le droit à une telle prestation. 22. L'assuré, par son mandataire, a contesté le projet de décision de l'OAI par courrier du 28 juin 2017. Il s'est référé au rapport du 23 mai 2017 de la Dresse B _____, qui considérait que sa capacité de travail était nulle. C'était par conséquent à tort que l'OAI n'avait pas admis d'incapacité de gain totale et ne lui avait pas octroyé une rente entière. Affirmer qu'il pouvait travailler à 100 % dans une activité adaptée alors qu'il ressentait des douleurs intensifiées et que son état s'était aggravé relevait d'une constatation manifestement inexacte des faits. L'Hospice général avait reconnu son incapacité de travail, et il n'était pas apte à suivre les mesures d'évaluation prévues par cette autorité. L'OAI n'avait en outre pas

fondé sa décision sur une expertise. Dans le rapport joint, la Dresse B_____ a indiqué que l'assuré se plaignait actuellement d'importantes douleurs et blocages à l'épaule droite et de la persistance de rachialgies irradiant dans le membre inférieur gauche. Les diagnostics étaient ceux de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne dorso-lombaire, sur discopathies et protrusions discales aux niveaux L1-L2 et L4-L5 et sur probable instabilité lombaire - arthrose interapophysaire postérieure ; de lombosciatalgies aiguës gauches à répétition ; de status post-goitre multinodulaire et status post-thyroïdectomie totale ; d'hypertension artérielle ; d'état d'angoisse ; de périarthrite de la hanche gauche ; de tendinite à l'épaule droite et de fasciite plantaire gauche. Il ne pouvait porter de charges, réaliser des travaux lourds, travailler accroupi ou effectuer des mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit. Son état de santé s'aggravait de jour en jour et ne lui permettait pas de travailler. Le pronostic était mauvais. 23. Des radiographies de l'épaule droite réalisées le 29 mai 2017 ont mis en évidence un aspect compatible avec une atteinte dégénérative ou traumatique de la coiffe des rotateurs, sans signe d'omarthrose prononcée. 24. L'IRM de l'épaule droite du 7 juin 2017 a révélé une tendinopathie à composante inflammatoire du tendon du muscle sus-épineux dans ses portions antérieure, distale et superficielle. Il n'y avait pas de déchirure significative des tendons de la coiffe des rotateurs ni du bourrelet glénoïdien. 25. L'assuré a consulté les docteurs F_____ et G_____ du service de chirurgie orthopédique des HUG le 26 juin 2017 en raison de ses douleurs à l'épaule droite. La palpation du long chef du biceps dans sa gouttière était douloureuse. L'IRM réalisée était en faveur d'une tendinopathie du sus-épineux, sans atteinte du long chef du biceps et sans autre lésion associée. Ces médecins ont conclu à une tendinopathie de la coiffe antéro-supérieure de l'épaule droite, associée à une tendinopathie clinique du long chef du biceps. Ils ont prescrit un traitement antalgique et une infiltration. 26. Le 3 août 2017, l'assuré a subi une polypectomie par voie transanale aux HUG. 27. Dans son rapport du 28 novembre 2017, le Dr F_____ a constaté que la physiothérapie et l'infiltration n'avaient pas amené d'amélioration de la symptomatologie douloureuse de l'épaule. Une nouvelle infiltration était préconisée. 28. Dans un rapport du 31 janvier 2018, le docteur H_____, nouveau médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail des lésions arthrosiques avec protrusions discales pluriétagées de la colonne lombaire et des douleurs de l'épaule droite. L'assuré présentait également une tendance à l'anémie, une hypothyroïdie, une hypertension, une hyperlipidémie et une obésité, sans répercussions sur sa capacité de travail. L'assuré était définitivement incapable de travailler depuis le 26 août 2013. Il ne pouvait plus soulever de poids ni se mouvoir librement. Dans une activité adaptée, il disposait d'une capacité de travail d'environ quatre heures par jour en alternant les positions assise et debout. 29. Le 10 avril 2018, les Drs F_____ et I_____ ont fait état d'une tendinopathie du long chef du biceps avec lésion SLAP 2. Une ténotomie était indiquée, mais l'assuré refusait la prise en charge chirurgicale. 30. Le 12 décembre 2018, l'OAI a convoqué l'assuré à un examen par le docteur J_____, spécialiste FMH en rhumatologie. 31. Le Dr J_____ a rendu son rapport le 11 février 2019, précisant que l'entretien s'était déroulé de 08h57 à 09h36, et que l'examen avait ensuite duré jusqu'à 10h23. Il y a résumé le dossier de l'assuré et a exposé son anamnèse. Ce dernier se plaignait de problèmes de dos, de tension artérielle, des yeux et d'une dyspepsie. Son dos était bloqué s'il faisait froid. Il avait eu le bras droit bloqué quelques jours avant l'examen. Il décrivait une douleur lombaire basse, sans irradiation aux membres inférieurs. Il ne pouvait en quantifier la fréquence. Son stage aux EPI s'était bien passé. Il avait parfois des crampes la nuit. Il pouvait marcher entre trente minutes et une

heure et demie. Il ne s'était pas plaint spontanément du pied gauche et de l'épaule droite. Lors de l'examen de cette articulation, il avait expliqué qu'une intervention lui avait été proposée et qu'il l'avait refusée. Il se sentait actuellement mieux, mais pas à 100 %. Après avoir rapporté ses constatations cliniques et étudié les documents d'imagerie, le Dr J _____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques non déficitaires, dans un contexte de troubles dégénératifs postérieurs étagés (M 54.5). Les diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail étaient des antécédents de tendinopathie du supra-épineux droit et une obésité de classe II. Dans son appréciation, le rhumatologue a notamment relevé que les lombosciatalgies paraissaient mécaniques au vu du dérouillage matinal. Il a noté l'absence de déficit neurologique ou de sciatalgie irritative. L'examen de l'épaule droite était rassurant, avec une trophicité normale de la coiffe des rotateurs, une musculature symétrique, une gestuelle spontanée normale et une mobilité complète, bien que légèrement limitée par la douleur lorsque l'assuré mettait la main dans le dos. Il n'y avait pas de tendinopathie spécifique de la coiffe des rotateurs, ni de signe de conflit sous-acromial. L'assuré présentait de légers troubles statiques au niveau du rachis, avec une diminution de la cyphose dorsale, un léger renversement postérieur du tronc, et un important relâchement de la sangle abdominale dans le contexte de l'obésité. L'assuré avait présenté une tendinopathie du supra-épineux et du chef du biceps, d'évolution favorable après infiltration, traitement conservateur et physiothérapie. Sur l'IRM de mai 2017, la tendinopathie n'était pas floride. Les constatations cliniques et les éléments anamnestiques ne justifiaient pas de limitations fonctionnelles durables au niveau de l'épaule droite. En effet, la lecture des consultations détaillées, que le Dr J _____ a commentées, révélait surtout des éléments subjectifs. À l'âge de l'assuré, les fissurations du labrum étaient fréquemment constatées à l'IRM. Il n'y avait plus d'élément en faveur d'une périarthrite de la hanche gauche ou d'une fasciite plantaire. L'assuré ne présentait actuellement plus de syndrome rachidien. Il avait des lombalgies d'allure mécanique. Son incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle, très contraignante, depuis avril 2013. La capacité de travail, déterminée par la tolérance mécanique du rachis lombaire, était complète dans une activité adaptée. Le Dr J _____ retenait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de flexion ou extension du rachis, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 10 kg et épisodique jusqu'à 15 kg, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes, pas de marche sans s'arrêter au-delà de 2 kilomètres. Le Dr J _____ fixait la date d'exigibilité en se référant à la consultation du Dr D _____ de janvier 2014. Ce dernier n'avait alors pas constaté de signe en faveur d'un syndrome radiculaire ou lombo-vertébral, ni de déficit neurologique. L'assuré avait ensuite été en mesure de suivre un stage à temps complet aux EPI. L'épaule avait évolué favorablement, et il n'y avait pas de signe orientant vers une déchirure significative du bourrelet glénoïdien. Le pronostic était moyen quant à l'évolution des troubles dégénératifs du rachis, aggravés par l'obésité. Il était mauvais s'agissant de la reprise d'une activité, en raison de facteurs tels que l'absence de formation professionnelle, la maîtrise partielle du français et l'âge avancé. 32. Par décision du 6 mars 2019, l'OAI a confirmé le refus de rente d'invalidité au vu du degré d'invalidité de 21 %. Il a précisé que d'autres mesures professionnelles ne permettraient pas de réduire le dommage et n'étaient ainsi pas indiquées. 33. L'assuré a interjeté recours contre cette décision le 5 avril 2019. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, au fond à ce qu'il soit dit qu'il avait droit aux prestations de l'assurance-invalidité et à une rente d'invalidité, et à ce que les mesures probatoires utiles

soient ordonnées. 34. Par décision du 17 avril 2019, le Vice-président du Tribunal de première instance a mis le recourant au bénéfice de l'assistance juridique. 35. Par écriture du 13 mai 2019, le recourant a complété son recours en persistant dans ses conclusions. Il a fait valoir que le Dr J_____ n'avait pas pris en considération les lésions objectives à l'épaule révélées par l'arthro-IRM. Son rapport était erroné en tant qu'il mentionnait des symptômes essentiellement subjectifs. La date d'exigibilité d'une activité adaptée lors de la consultation du Dr D_____ ne convainquait pas, ce dernier médecin s'étant déclaré pessimiste quant à la reprise d'une activité. Le Dr J_____ n'avait pas tenu compte de ses plaintes, de sorte que son rapport ne pouvait se voir reconnaître valeur probante. Le fait d'avoir procédé à l'examen sans interprète, malgré ses difficultés linguistiques, violait son droit d'être entendu. L'intimé ne pouvait pas retenir qu'une activité adaptée était possible au vu de son âge et de son absence de formation. Le recourant a reproché à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de ses difficultés linguistiques dans la fixation de l'abattement sur le salaire d'invalidité. 36. Dans sa réponse du 3 juin 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a en substance allégué que le rapport du Dr J_____ devait se voir reconnaître valeur probante. Ce médecin avait bien pris en compte l'arthro-IRM et n'avait omis aucun élément objectivement vérifiable dans son appréciation. 37. Par réplique du 25 juin 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a contesté le caractère complet de l'examen du Dr J_____, affirmant qu'il ne faisait que onze pages alors qu'il était censé résumer une situation médicale complexe remontant à plus de six ans. Les indications temporelles, dont il faudrait conclure que l'expert avait pris le temps nécessaire pour l'entendre et recueillir les données utiles pour établir son expertise, étaient contredites par le caractère succinct de son rapport. Il a répété que l'expert n'avait pas tenu compte de la situation objective, invoquant notamment sur ce point le rapport du Dr F_____, selon lequel la palpation du long chef du biceps était douloureuse. En outre, ses douleurs résultaient bien de lésions objectivées par l'arthro-IRM. Le caractère non floride de la tendinopathie décrit par le Dr J_____ devrait être confirmé par un second avis médical, que le recourant entendait demander au Dr F_____. 38. Par duplique du 16 juillet 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a soutenu que le nombre de pages d'une expertise n'était pas un critère déterminant dans l'appréciation de sa force probante. 39. Par écriture du 23 juillet 2019, le recourant a indiqué ne pas avoir d'observations complémentaires et a persisté dans ses conclusions. 40. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé le 25 juillet 2019. 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. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). 3. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige. Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent

ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.2). En l'espèce, la décision dont est recours tranche le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel, malgré son intitulé se référant uniquement au droit à la rente. Cela étant, les conclusions du recourant, telles qu'interprétées dans l'argumentation qu'il développe à leur appui, se limitent à l'octroi d'une rente. Partant, la chambre de céans restreindra son examen à ce seul point. 4. En vertu de l'art. 28 al. 1 er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. 5. L'art. 8 al. 1 er LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. À teneur de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa 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). 6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). 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). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 7. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). 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 des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. 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 (arrêt du Tribunal

fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3). Pour déterminer le revenu d'invalidé de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). 8. 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, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_849/2007 du 22 juillet 2008 consid. 5.2). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (ATF 123 V 230 consid. 3c), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du Tribunal fédéral 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). L'assurance-invalidité n'a pas à répondre du fait qu'un assuré ne trouve plus d'emploi adapté à ses atteintes à la santé en raison de son âge. Dans le cadre de l'examen de l'exigibilité qu'imposent tant la notion de marché du travail équilibré que le devoir de réadaptation - examen qui interdit de partir d'hypothèses irréalistes, l'âge avancé ne constitue toutefois pas un facteur étranger à l'invalidité mais fait partie des caractéristiques qui, cumulées aux circonstances personnelles et professionnelles, peuvent avoir pour conséquence que la capacité résiduelle de gain de l'assuré n'est de manière réaliste plus demandée sur le marché équilibré du travail et que sa mise en valeur n'est plus

exigible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3). Le Tribunal fédéral a considéré que le seuil dès lequel on peut parler d'âge avancé se situe à 60 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Par la suite, notre Haute Cour a précisé qu'elle n'avait jamais fixé de manière ferme et définitive à 60 ans la limite à partir de laquelle il fallait adopter une méthode plus concrète de l'évaluation de l'invalidité, mais qu'elle avait de manière constante affirmé qu'il fallait procéder à une analyse globale de la situation dans laquelle l'âge de 60 ans constituait l'un des facteurs pouvant rendre irréaliste une réintégration du marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_237/2018 du 31 août 2018 consid. 5.2).

9. Dans un arrêt de principe de 2011, le Tribunal fédéral a établi des exigences accrues en matière de participation des assurés lorsqu'une assurance sociale diligente une expertise, eu égard à leur droit d'être entendus. Ces exigences comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées, et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Ces exigences sont applicables également lors de la mise en oeuvre d'une expertise mono-disciplinaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_440/2018 du 22 octobre 2018 consid. 5.2). En l'espèce, l'intimé a diligenté l'expertise du Dr J _____ sans respecter les garanties précitées. Cependant, dès lors que le recourant ne soulève pas ce grief d'ordre formel, un renvoi à l'intimé pour ce seul motif ne se justifie pas.

10. L'intimé a fondé son calcul du degré d'invalidité sur une capacité de travail entière dans une activité adaptée, telle que définie par l'expert rhumatologue. Le rapport de ce dernier repose sur l'étude du dossier médical du recourant, incluant l'analyse des documents d'imagerie, sur un entretien lors duquel les plaintes ont été recueillies, sur une anamnèse et sur ses constatations cliniques. Il contient des diagnostics précis et des conclusions claires. Ainsi, il comprend tous les éléments formels nécessaires selon la jurisprudence. Du point de vue matériel, le Dr J _____ a pris soin de motiver son appréciation et d'exposer de manière précise et détaillée les éléments qui fondent ses conclusions. Son expertise doit dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les arguments du recourant ne suffisent pas à s'en écarter. En tant qu'il entend nier la valeur probante de l'expertise du Dr J _____ en raison de son caractère prétendument succinct, sa critique tombe à faux. En effet, le Dr J _____ a pris connaissance et discuté de l'ensemble des documents médicaux à disposition. Cet expert a recensé les plaintes du recourant, en l'interrogeant sur celles qu'il n'avait pas signalées spontanément. Le recourant n'allègue du reste pas qu'il aurait omis un diagnostic ou une plainte, fût-ce pour l'écarter. On ne peut ainsi pas reprocher à son rapport d'être lacunaire. Quant à la violation du droit d'être entendu alléguée en lien avec l'absence d'interprète, force est de constater que le Dr J _____ a été en mesure de s'entretenir avec le recourant sur ses douleurs malgré la barrière linguistique. Ce dernier n'affirme du reste pas que l'expert aurait rapporté ses propos de manière erronée. S'agissant du grief ayant trait au fait que le médecin examinateur a écarté la tendinopathie, que le recourant considère objectivée par la palpation douloureuse du long chef du biceps mentionnée par le Dr F _____, il convient de souligner que la douleur relève précisément d'un symptôme subjectif. En outre, les explications du Dr J _____ sur l'évolution de l'atteinte à l'épaule et sur son incidence sur la capacité de gain du recourant ne sont contredites par aucun autre avis médical récent. Le recourant ne conteste d'ailleurs pas avoir signalé une amélioration

sur ce plan à l'expert. Les autres avis médicaux ne remettent pas en cause les conclusions du Dr J_____. On notera en premier lieu que le Dr D_____ avait déjà en 2014 admis une capacité de travail dans une activité adaptée. La performance était certes limitée selon ce médecin. Cependant, les baisses de rendement qu'il a indiquées ne sont guère motivées, et le stage aux EPI, lors duquel le recourant a pu travailler sans diminution de rendement, démontre que ce dernier peut être occupé à temps plein dans une activité adaptée. Quant au rapport de la Dresse B_____ du 23 mai 2017, il établit certes une incapacité de travail dans l'activité habituelle - laquelle est également admise par le Dr J_____ - mais ne se prononce pas formellement sur une activité adaptée. Les médecins des HUG ne se sont pas non plus exprimés à ce sujet. En ce qui concerne le rapport du Dr H_____, il ne motive pas non plus de façon suffisante la limitation à quatre heures par jour de l'exercice d'une activité adaptée. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans se ralliera à l'appréciation du Dr J_____, selon laquelle le recourant présente une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de maçon depuis avril 2013, mais complète dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles depuis janvier 2014. 11. Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité du recourant. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé s'est fondé sur le salaire réalisé par le recourant dans le cadre de la mission temporaire débutée en 2013. Or, dès lors qu'il ne s'agissait pas d'une relation de travail pérenne, il convient de se référer plutôt aux salaires statistiques. Le recourant ayant travaillé en tant que maçon dès son arrivée en Suisse, on se référera au salaire statistique dans la construction pour un homme sans qualification, soit CHF 5'507.- par mois et CHF 66'084.- par an (ESS 2014, TA1_tirage_skill_level, Lignes 41-43, niveau 1). Adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures en 2017, le revenu sans invalidité s'élève ainsi à CHF 68'893.-. En ce qui concerne le revenu après invalidité, il faut en préambule préciser que c'est à juste titre que l'intimé a retenu que la mise en valeur de la capacité de travail dans une activité adaptée était exigible sur un marché équilibré du travail. Certes, le recourant avait atteint l'âge de 60 ans lorsque sa capacité de gain a été formellement établie par le Dr J_____. Cela ne suffit toutefois pas à considérer que la réinsertion est irréaliste sur un marché du travail équilibré au vu de l'ensemble des circonstances. En effet, le recourant a été confronté à de nombreuses reprises dans son parcours professionnel à des changements d'activité, ce qui révèle des capacités d'adaptation certaines, que confirme également le rapport de stage aux EPI (pour des cas similaires, cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_391/2017 du 27 novembre 2017 consid. 4.2 et 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2). En outre, les limitations fonctionnelles du recourant relèvent essentiellement de mesures d'épargne du rachis, qui ne sont pas particulièrement contraignantes et qui n'excluent pas l'accès au large éventail d'activités légères non qualifiées que comprend un marché équilibré du travail. Quant aux difficultés linguistiques qui feraient obstacle à sa réinsertion, il s'agit de jurisprudence constante d'un facteur étranger à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_344/2015 du 25 novembre 2015 consid. 2.3). En outre, les activités simples et répétitives correspondant aux niveaux 4 jusqu'à l'ESS 2010 et au niveau 1 dès l'ESS 2012 ne supposent par définition pas de bonnes connaissances linguistiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_426/2014 du 18 août 2014 consid. 4.2). Ainsi, le recours au revenu tiré d'activités simples et répétitives de l'ESS 2014 (A1_tirage_skill_level, Ligne Total, niveau 1) est correct. En revanche, le chiffre de CHF 5'395.- mentionné à ce titre est erroné. En effet, ce revenu était de 5'312.- par mois en 2014, soit CHF 63'744.- et CHF 66'453.- une fois adapté à la durée normale de travail. En procédant à un abattement de 20 % sur ce revenu, l'intimé est resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation, et il n'y a ainsi pas lieu de s'en écarter. Cela réduit le

revenu d'invalidé à CHF 53'162.40. La comparaison des revenus aboutit ainsi à une perte de gain de 22.83 %, arrondi à 23 % (ATF 130 V 21 consid. 3). Par surabondance, même un abattement de 25 % ne suffirait pas à ouvrir le droit à une rente d'invalidité, puisqu'il réduirait le revenu d'invalidé à CHF 49'840.-, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 27.66 %, arrondi à 28 %. 12. Compte tenu de ce qui précède, la décision de l'intimé doit être confirmée dans son résultat. Le recourant plaidant au bénéfice de l'assistance juridique, il est renoncé à percevoir l'émolument de justice prévu à l'art. 69 al. 1 bis LAI (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative [RFPA - E 5 10.03]). * * * * * **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.