

GE_GERICHTE A/7/2020 vom 14. Juli 2020

GE Cour de justice, 2020-07-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_7_2020

FR: GE_GERICHTE A/7/2020 du 14 juillet 2020

IT: GE_GERICHTE A/7/2020 del 14 luglio 2020

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à Onex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Danièle MAGNIN 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), né le _____ 1979 au Kosovo, naturalisé suisse le 21 février 2017, marié, père de deux enfants, nés en 2005 et 2007, percevait des indemnités de chômage depuis le 13 octobre 2015 lorsque le 24 octobre suivant, il a subi un accident de la circulation. Il travaillait auparavant en tant qu'étancheur, sans diplôme. 2. Le jour de l'événement, il a été emmené aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), et a pu regagner son domicile après avoir subi un bilan complet, lequel s'est révélé sans anomalie. 3. Le 27 octobre 2015, l'assuré s'est à nouveau rendu au service des urgences des HUG. Dans le résumé de séjour, les médecins ont posé le diagnostic principal de céphalées. L'assuré présentait des vertiges, des tanguages et une grande fatigue depuis son retour à domicile. L'incapacité de travail était totale du 27 octobre au 1^{er} novembre 2015. 4. Le 3 novembre 2015, le docteur B_____, médecin praticien FMH, a fait état d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance le 24 octobre 2015, d'une entorse cervicale et d'une contusion costale gauche de la face latérale. Ce médecin a attesté d'une incapacité de travail totale, qu'il a par la suite régulièrement prolongée jusqu'au 31 juillet 2016. 5. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA), assureur-accidents de l'assuré, a pris en charge le cas. 6. Du 26 novembre au 1^{er} décembre 2015, l'assuré a séjourné au service de neurochirurgie des HUG en raison d'un hématome sous-dural fronto-pariétal droit chronique post-traumatique mis en évidence par l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée le 19 novembre 2015, avec héli-syndrome sensitif gauche et une parésie distale du membre supérieur gauche. La lettre de sortie du 9 décembre 2015 indique que l'assuré décrivait également des amnésies récurrentes et des épisodes de perte de sensibilité de la langue de quelques minutes. Le scanner cérébral du 26 novembre 2015 avait montré une discrète régression de l'hématome sous-dural de la convexité droite, d'allure chronique et sans composante hémorragique aiguë visible. L'assuré avait des céphalées importantes. Une radiographie de l'épaule n'avait pas révélé de lésion. Le status neurologique était tout à fait stable, avec une imagerie rassurante. 7. Du 22 au 28 décembre 2015, l'assuré a une nouvelle fois séjourné au service de neurochirurgie des HUG en raison de troubles exécutifs et attentionnels sous forme de perte de mémoire, avec céphalées et héli-syndrome sensitivomoteur gauche. Dans la lettre de sortie du 30 décembre 2015, les médecins ont posé le diagnostic d'hématome sous-dural aigu de la convexité droite d'environ 8 mm, avec discrète déviation de la ligne médiane. Lors de la consultation du 22 décembre 2015, une augmentation de l'hématome avait été constatée. L'assuré avait subi une mini-craniotomie fronto-pariétale droite pour évacuation

de l'hématome le 23 décembre 2015, dont les suites avaient été simples, avec une récupération de la force sur l'hémicorps gauche et une persistance de céphalées légères en post-opératoire. L'incapacité de travail était totale jusqu'au 31 janvier 2016. 8. Dans un rapport du 9 février 2016, Madame C _____, neuropsychologue, a indiqué avoir évalué l'assuré les 21 et 29 janvier 2016. L'assuré s'était montré partiellement collaborant lors de son examen. Des signes d'amplification des troubles étaient suspectés lors des entretiens et dans la réalisation des tests. L'assuré mettait plus de deux minutes pour écrire son nom et prénom, et ne parvenait pas à recopier un triangle, avec une forme de théâtralisation corporelle. Il soupirait, se tenait la tête, se plaignait de douleurs, et avait le regard apathique. En raison de l'échec aux quelques tests administrés, même très simples, la neuropsychologue avait écourté l'évaluation, car les résultats étaient ininterprétables. Ces difficultés ne s'expliquaient pas par les antécédents médicaux récents. Un bénéfice secondaire était suspecté. 9. Le 14 avril 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). 10. Du 19 avril au 4 mai 2016, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). Dans un rapport du 27 mai 2016, les médecins ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour troubles sensitifs de l'hémicorps gauche, céphalées, cervicalgies, sensations vertigineuses et troubles de la concentration, ainsi que les diagnostics supplémentaires d'accident de la voie publique le 24 octobre 2015 avec traumatisme crânio-cérébral léger à modéré avec amnésie circonstancielle, amnésie post-traumatique de quelques heures, sans lésions cérébrales parenchymateuses, mais un hématome sous-dural de la convexité droite; de status post craniotomie fronto-pariétale droite en décembre 2015 pour évacuation de l'hématome sous-dural avec discrète déviation de la ligne médiane, apparu tardivement ; de status post saignement de la cicatrice de la craniotomie le 3 janvier 2016 avec au scanner révélant un hématome sous-dural légèrement augmenté de taille par rapport au comparatif pré-opératoire, traité conservativement; et d'atteinte vestibulaire et discrète atteinte cochléaire à gauche. Un accident de travail le 29 juin 2015, avec chute de 4 m et contusion de l'épaule gauche était noté à titre d'antécédent. Sur le plan neuropsychologique, l'examen avait mis en évidence des performances essentiellement discordantes, avec de nets signes d'amplification de symptômes, et certaines performances en-dessous du niveau du hasard. Les performances cognitives mesurées n'étaient pas interprétables et ne représentaient pas le réel potentiel cognitif de l'assuré. L'évaluation avait été écourtée au vu des résultats invalides. Sur le plan neurologique, l'examen ne révélait qu'une diminution subjective de la sensibilité hémicorporelle gauche, sans aucun signe objectif d'atteinte somatique du système nerveux central et périphérique associé. Des atypies étaient retrouvées lors de l'examen clinique, lesquelles orientaient vers une majoration des symptômes: absence d'asymétrie des réflexes cornéens, hypoesthésie hémicorporelle gauche qui respectait parfaitement la ligne médiane, et discordances aux épreuves de l'équilibre telle que direction de déviation changeante durant le même examen et au cours de l'hospitalisation. Sur le plan psychiatrique, l'évaluation initiale évoquait la présence de troubles de l'adaptation avérés, réaction mixte anxieuse et dépressive. Cependant, la présentation clinique de l'assuré s'était modifiée au cours du séjour. Des plaintes sans corrélation avec l'observation clinique avaient conduit à écarter une psychopathologie décompensée de type post traumatic stress disorder (ci-après : PTSD) ou trouble dépressif ou anxieux réactionnel. Elles orientaient plutôt vers une amplification de symptômes pour motif psychologique. Sur le plan neuroradiologique, la nouvelle IRM cérébrale réalisée le 27 avril 2016 montrait une

résorption complète de l'hématome sous-dural, et l'absence de toute lésion parenchymateuse d'allure traumatique. Sur le plan oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL), le docteur D_____, spécialiste FMH en ORL, retenait le diagnostic d'une atteinte vestibulaire et d'une discrète atteinte cochléaire à gauche. Il décrivait en outre des signes suggestifs d'atteinte centrale (saccades oculaires et troubles de la coordination du mouvement supérieur gauche), qui n'avaient pas pu être reproduits et observés durant le séjour. Dans ce contexte, les médecins de la CRR ont rappelé que l'IRM cérébrale actuelle ne montrait aucune lésion parenchymateuse et que les examens radiologiques antérieurs ne révélaient pas de lésion traumatique au niveau du rocher gauche. Sur le plan physio-thérapeutique, l'assuré avait bénéficié d'une prise en charge quotidienne axée sur l'amélioration de l'endurance et de l'équilibre. Aucune évolution notable des capacités fonctionnelles et des fonctions organiques n'avait été constatée à la fin du séjour. Les plaintes de l'assuré n'avaient pas non plus évolué après la prise en charge ergo-thérapeutique. Il n'avait pas souhaité une modification du traitement antalgique. Il avait été vu une fois par la psychologue et avait participé à quelques séances d'initiation à la relaxation, sans effet thérapeutique. Sur le plan professionnel, une évaluation de la capacité de travail avait été planifiée par les ateliers professionnels. Il n'était toutefois pas possible de se prononcer sur la réelle capacité de travail de l'assuré, qui n'était venu aux ateliers professionnels que deux fois sur les cinq visites programmées, et qui s'était systématiquement retranché derrière ses plaintes pour mettre un terme à l'observation, souvent au bout de quelques minutes seulement. La lenteur d'exécution et la démonstration constante de ses handicaps n'avaient pas permis de juger sa réelle implication dans la mesure. Seule une activité de tri de jetons en plastique avait été débutée. Malgré les nombreuses pauses que l'assuré s'octroyait et la vitesse d'exécution proche de 5 %, il disait ne pas pouvoir poursuivre l'exercice. L'évaluation ne traduisait finalement que le niveau d'effort consenti par l'assuré. Le rapport de la CRR était accompagné d'un status neurologique détaillé, d'un rapport de physiothérapie, d'un rapport d'ergothérapie, d'un rapport d'examen neuropsychologique, du consilium psychiatrique du 21 avril 2016, du rapport de l'IRM réalisée le 27 avril 2016, et du rapport du Dr D_____ du 27 avril 2016. 11. Dans son appréciation du 9 juin 2016, le médecin d'arrondissement de la SUVA a relevé que l'évaluation multidisciplinaire permettait de conclure à une résorption complète de l'hématome sous-dural de la convexité droite et à l'absence de lésion parenchymateuse d'allure traumatique. Le bilan neuropsychologique avait mis en évidence des discordances chez un assuré cherchant un bénéfice de l'intensification des troubles. Sur cette base, le médecin d'arrondissement a retenu qu'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité habituelle à plein temps dès le 20 juin 2016. 12. Par décision du 20 juin 2016, la SUVA a mis un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement avec effet au 17 juillet 2016, retenant que l'assuré avait depuis lors recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. 13. Dans un rapport du 14 juillet 2016, produit par l'assuré à l'appui de son opposition à ladite décision, la docteure E_____, spécialiste FMH en neurologie, a fait état de probables troubles de l'équilibre, malgré une majoration des symptômes chez l'assuré qui s'inscrivait dans un contexte d'incompréhension face à ce qui lui était arrivé. La marche spontanée était normale, mais l'assuré devenait lent et s'appuyait sur les meubles lorsqu'on lui demandait de marcher. Il était suivi par un psychiatre, qui parlait d'épisode dépressif. Les céphalées et cervicalgies étaient d'origine mixte, post-traumatique et sur état dépressif. Il existait certainement des séquelles neuropsychologiques et algiques, mais elles étaient trop difficiles à quantifier chez l'assuré, dont la capacité de travail ne pouvait être évaluée.

L'hémi-syndrome sensitif gauche ne devrait pas avoir de répercussion importante sur une activité professionnelle. Par contre, compte tenu des troubles de l'équilibre, le métier d'étancheur n'était pas envisageable sans risque. 14. Par décision sur opposition du 26 juillet 2016, la SUVA a confirmé sa décision du 20 juin 2016. Elle a nié la causalité adéquate entre l'accident et les troubles présentés par l'assuré. Après l'entrée en force de la décision sur opposition, elle examinerait si les vertiges empêchaient la reprise en plein du métier d'étancheur, et dans l'affirmative, déterminerait si l'assuré avait droit à une rente d'invalidité. Saisie d'un recours contre la décision sur opposition, par arrêt du 27 juin 2017 (ATAS/554/2017), la chambre de céans l'a rejeté, constatant qu'aucun lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles sans étiologie organique n'existait. 15. Dans un rapport du 5 septembre 2016, le service des urgences des HUG a mentionné que l'assuré était arrivé le jour même après un abus médicamenteux à la suite d'une crise clastique à la maison où il s'était montré agressif. Selon les informations fournies par son épouse, il aurait pris 10 cp de plusieurs médicaments à but anxiolytique et antalgique de manière impulsive. Il ne critiquait pas son geste, mais niait toute velléité suicidaire. L'épouse expliquait qu'il faisait souvent ces crises à la maison et qu'il prenait des médicaments de manière impulsive. En l'absence d'éléments de dangerosité, un retour à domicile a été décidé le lendemain. 16. Dans un rapport du 29 septembre 2016, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé de son patient s'était aggravé en raison d'un syndrome dépressif sévère avec tentative de suicide le 5 septembre écoulé. Les limitations étaient les céphalées, les vertiges, les idées noires, le changement de caractère, et l'hémi-syndrome sensitif gauche. La capacité de travail était nulle dans toute activité. 17. Dans un rapport du 11 octobre 2016, le docteur F_____, spécialiste FMH en ORL, a relevé que l'IRM cérébrale pratiquée ne montrait aucune lésion du rocher. Le status ORL était rigoureusement normal. Avait été constatée une hypoacousie à l'audiogramme, plus importante à gauche. La perte auditive était cependant modérée et ne justifiait pas d'appareillage acoustique pour le moment. 18. Dans son appréciation du 13 octobre 2016, le docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin-conseil de la SUVA, a relevé que la lésion axonale mise en évidence sur l'IRM cérébrale du 27 avril 2016, par sa localisation corticale et ses petites dimensions, n'était pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, apte à causer un hémi-syndrome sensitif gauche, des troubles de l'équilibre ou des troubles neuropsychologiques substantiels. Elle n'expliquait pas non plus la persistance de céphalées et de vertiges. L'atteinte vestibulaire relevée à la CRR n'était pas objectivée par une imagerie, mais par un test fonctionnel. 19. Dans un rapport du 14 octobre 2016, la docteure H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'état dépressivo-anxieux avec angoisses et plaintes somatiques (F32.8). Elle suivait l'assuré depuis le 1^{er} septembre 2016. Il marchait en titubant. Il se plaignait de difficultés de concentration, de perte de mémoire, d'oublis, d'insomnie, de tristesse, d'angoisses, d'acouphènes, de maux de tête, et de vertiges. La capacité de travail était nulle dans toute activité. 20. Dans un rapport du 30 novembre 2016, la Dresse H_____ a indiqué que l'assuré souffrait encore de ce qu'elle pensait être un syndrome post-traumatique important avec état dépressivo-anxieux important. Elle organisait une hospitalisation en vue d'améliorer le sommeil de l'assuré et de l'aider à sortir de ses ruminations autour de l'accident. Une consultation chez un spécialiste du sommeil avait révélé un sommeil typique d'un syndrome post-traumatique. Elle considérait que la capacité de travail était nulle, le recourant étant ralenti dans une mesure incompatible avec sa profession. 21. Du 9 au 29 décembre 2016, l'assuré a séjourné à la Clinique de Montana, dont les médecins, dans un

rapport du 12 janvier 2017, ont posé le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère; et les diagnostics secondaires de déconditionnement global, de perturbation des tests hépatiques, d'hypovitaminose D substituée, d'hypocalcémie substituée, de PTSD consécutif à un accident de la voie publique, de stéatose hépatique; de surpoids, d'hématome sous-dural chronique droit, drainé par micro-craniotomie fronto-pariétale avec les séquelles suivantes: héli-syndrome sensitif gauche, céphalées chroniques, troubles cognitifs, sans précision, et troubles du sommeil. Les angoisses restaient importantes, mais la thymie était stable. Les médecins ont adapté le traitement médicamenteux et préconisé une consultation chez des spécialistes de la douleur et un suivi ambulatoire de neuro-rééducation. 22. Dans un rapport du 24 janvier 2017, la Dresse E_____ a relaté la persistance des symptômes de majoration. L'origines des sensations vertigineuses était difficile à préciser. En mobilisation spontanée, les troubles de l'équilibre étaient peu visibles. Il n'y avait pas de signe sur l'IRM pour une atteinte centrale. 23. Le 1^{er} mars 2017, l'assuré a été vu à la consultation de la douleur aux HUG. Les diagnostics retenus par la Clinique de Montana ont été repris, et ceux de céphalées occipitales irradiant en frontal, de douleurs du genou gauche et de lombalgies chroniques sans irradiation, ajoutés. Les céphalées chroniques pouvaient avoir une composante mixte, séquellaire et cervicogène. Des séances de physiothérapie étaient recommandées. Il a également été proposé d'adapter le traitement antidépresseur. 24. Dans un rapport du 2 mai 2017, le Dr B_____ a estimé la capacité de travail nulle dans toute activité en raison de céphalées occipitales, de gonalgies gauches, de lombalgies chroniques sans irradiation, d'héli-syndrome sensitif gauche, de troubles de l'équilibre, de troubles du sommeil, de troubles dépressifs sévères, d'un ralentissement psychomoteur important et de troubles de la concentration avec perte de contact. 25. La polysomnographie effectuée le 21 juin 2017 a montré que l'assuré s'était endormi 57 min avant le souper (de 17h30 à 18h30), avec un cycle de sommeil complet. Le sommeil de nuit débutait à 20h50 avec un patient dormant 8h36, ce qui faisait un total de 9h33. L'hypnogramme mettait en évidence une diminution du sommeil lent profond, à mettre sur le compte d'un syndrome d'apnées modéré. Un traitement par CPAP a été proposé. 26. Dans un rapport du 15 juillet 2017, la Dresse E_____ a décrit un héli-syndrome sensitif gauche résiduel compatible avec une IRM relevant une lésion axonale pariétale droite. Les troubles de l'équilibre étaient probablement en relation avec l'atteinte vestibulaire gauche objectivée par le médecin ORL lors du séjour à la CRR. Aucune activité professionnelle n'était possible. 27. Par avis du 24 avril 2018, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a résumé le dossier et estimé que, sur le plan somatique, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle en raison des troubles vestibulaires. Sur le plan psychiatrique, les diagnostics retenus et leur intensité n'étaient pas clairs en présence de symptômes de majoration pour des bénéfices secondaires. Il importait de connaître les fonctions cognitives de l'assuré, ses limitations fonctionnelles précises et l'existence d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Les éléments médicaux au dossier ne permettaient pas de se prononcer quant à l'existence d'une atteinte psychiatrique durablement incapacitante, ni sur la base de quels critères les diagnostics étaient posés, notamment s'agissant du PTSD. Sur le plan neurologique, la raison pour laquelle l'assuré ne serait pas en mesure d'exercer une activité adaptée n'était pas claire. Il y avait lieu d'évaluer les troubles cognitifs, leur origine (neurologique, psychiatrique, mixte) et leur impact sur la capacité de travail. Le SMR a conclu que la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire était indispensable avec les volets neurologie, psychiatrie, médecine interne et pneumologie, voire rhumatologie, si

l'interniste l'estimait nécessaire, complétée d'un bilan neuropsychologique avec test de validation des symptômes. 28. Du 16 au 29 mai 2018, l'assuré a séjourné à la Clinique de Leukerbad pour un reconditionnement général, un soulagement de la douleur, une amélioration de la mobilité et de l'équilibre, ainsi qu'une stabilisation du cou et du tronc. À la sortie, il n'éprouvait pas de douleur significative avec traitement habituel d'antalgie. 29. Dans un rapport du 7 septembre 2018, Madame I_____, neuropsychologue, a conclu, après plusieurs tests simples (copie, écriture), ainsi que des tests évaluant l'héminégligence, à des incohérences et des erreurs qui n'étaient habituellement pas présentes dans des tableaux hémisphériques droits. Un bilan neuropsychologique complet n'avait pas pu être effectué en raison des premiers résultats ininterprétables d'un point de vue cognitif. 30. Dans une note du 25 septembre 2018, l'OAI a retenu pour l'assuré un statut d'actif, considérant qu'au moment de son accident, il était inscrit au chômage à 100%. 31. L'expertise pluridisciplinaire, attribuée au Centre médical d'expertises (CEMEDex), a été réalisée les 15 et 23 janvier, puis 8 février 2019 par les docteurs J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie ; K_____, spécialiste FMH en pneumologie; L_____, spécialiste en médecine interne générale ; M_____, spécialiste en neurologie ; N_____, spécialiste FMH en rhumatologie ; et Monsieur O_____, neuropsychologue. Dans leur rapport du 14 mars 2019, les experts ont posé les diagnostics de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités, soit physiques soit psychologiques (trouble factice, F68.1), de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs et troubles statiques (rectitude cervicale), de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, de syndrome fémoro-patellaire du genou gauche, et de syndrome des apnées du sommeil de degré modéré (index d'apnées/hypopnées 27/h, index de désaturation 34/h), non appareillé. Sur le plan psychiatrique, il a été relevé une attitude démonstrative de l'assuré, avec exagération des symptômes, ainsi que des réponses fluctuantes : tantôt il affirmait ne rien savoir et tout oublier, tantôt il présentait un intérêt à l'évocation de la boxe ou du volleyball qu'il avait pratiqués quelques années auparavant. L'assuré ne présentait pas de trouble de la lignée psychotique ni un ralentissement psychomoteur ni un sentiment d'infériorité, de dévalorisation, de découragement, d'inutilité ou de ruine, ni d'idées noires ou d'envies suicidaires, ni de perturbation du sommeil. Il n'était pas triste et son humeur n'était pas dépressive. L'élan vital n'était pas perturbé. L'assuré était bien soutenu par sa femme, sa fratrie et son entourage. Le diagnostic de PTSD était écarté en l'absence de signe clinique au regard des critères de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} révision (ci-après : CIM-10). Des incohérences étaient relevées entre les symptômes cliniques, les signes cliniques et l'examen psychiatrique, ainsi qu'en regard aux activités journalières de l'assuré (il faisait les commissions avec son épouse, buvait un café à la Migros, téléphonait régulièrement à ses frères et soeurs, et sortait avec ses amis). Il y avait également des incohérences concernant la compliance médicamenteuse. Selon les dosages plasmatiques, l'oxazépam et la prégabaline étaient en dessous de la valeur thérapeutique, et la mirtazapine et la duloxétine indétectables. L'assuré avait davantage de ressources qu'il ne laissait paraître. Le diagnostic de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités, soit physiques soit psychologiques (trouble factice, F68.1) était ainsi retenu. Il s'agissait d'une simulation répétée et cohérente de symptômes en l'absence d'un trouble physique ou mental avéré. Les motifs de ce type de comportement étaient presque toujours obscurs et probablement internes. Cet état était le plus souvent interprété comme un trouble des conduites visant à acquérir un statut de malade ou à présenter un comportement de malade. Sa capacité de

travail était entière dans toute activité depuis toujours. Sur le plan pneumologique, le syndrome des apnées du sommeil de l'assuré se manifestait sous une forme atypique, sans ronflements ni somnolence diurne (score d'Epworth bas 2/24), par des troubles du sommeil, une tendance aux réveils nocturnes avec sensation occasionnelle de manque d'air et une fatigue matinale avec céphalées. Le syndrome des jambes sans repos - parfois associé au syndrome des apnées du sommeil - dont l'assuré se plaignait n'avait pas été confirmé par les polysomnographies. Celui-ci ne suivait aucun traitement spécifique (assistance ventilatoire au CPAP) malgré la recommandation du médecin du laboratoire du sommeil. Il n'existait pas d'incapacité de travail dans la profession d'étancheur mais les vertiges rendaient tout travail en hauteur ou sur des toits potentiellement risqué - ni dans une activité adaptée évitant la conduite d'un véhicule et ne requérant pas une attention soutenue (tendance à la somnolence et baisse de l'attention). Sur le plan de la médecine interne générale, aucun diagnostic n'était retenu ayant un impact sur la capacité de travail de l'assuré, qui était totale dans toute activité. Il a été relevé que la marche spontanée de la salle d'attente au bureau était normale, contrastant avec la marche sur demande pendant l'examen, de type ébrieux. Le status ORL était strictement normal, l'hypoacousie à l'audiogramme était légèrement plus importante à gauche, sans que la perte auditive ne justifie un appareillage acoustique. Sur le plan neurologique, il existait une inconsistance des symptômes présentés (problèmes d'équilibre, maux de tête, faiblesse musculaire et hypoesthésie du côté gauche). La discordance était marquée entre l'impossibilité d'effectuer un test de Mingazzini et la possibilité de lever isolément la jambe gauche lors de la marche. Le test de Hoover montrait qu'il y avait une force résiduelle au niveau du membre inférieur gauche. Dans les mouvements spontanés, l'assuré pouvait utiliser ses membres supérieur et inférieur gauches de manière beaucoup plus évidente que ne le suggéreraient les tests musculaires de ces membres. Les tests neurologiques ne permettaient pas de retenir un déficit sensitif cérébelleux, vestibulaire ou moteur allant dans le sens des plaintes de l'assuré. La capacité de travail était entière dans toute activité. Sur le plan rhumatologique, les plaintes de l'assuré étaient de type mécanique. Il n'y avait pas d'élément anamnestique, clinique ou radiologique en faveur d'une affection rhumatismale inflammatoire. Le status ostéoarticulaire rachidien et périphérique était dans les limites de la norme, hormis des signes compatibles avec un syndrome fémoro-patellaire gauche. Les investigations radiologiques réalisées avaient objectivé des troubles dégénératifs modérés de la colonne cervicale et lombaire. Tous les signes de non organicité de Waddell étaient présents. Il n'y avait pas de cohérence ni de plausibilité entre les plaintes ostéo-articulaires rapportées et les constatations cliniques et radiologiques. La capacité de travail était totale sans perte de rendement tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, évitant un travail agenouillé sans genouillère de protection. Sur le plan neuropsychologique, il a été relevé une exagération des troubles pour bénéfice secondaire. Sur le plan qualitatif, les observations relatives au comportement évoquaient un biais de réponse avec une tendance significative à donner volontairement la mauvaise réponse, indiquant dès lors que la bonne réponse était connue (l'assuré déplaçait son regard vers la bonne réponse, puis fermait les yeux pour réfléchir avant de donner une mauvaise réponse). Au plan psychométrique, les mesures de validité des symptômes (TOMM et Coin in the hand Test) mettaient en évidence des performances non seulement inférieures au hasard mais dont les statistiques (loi binomiale) montraient que ces résultats s'observaient dans moins de 1% (Coin in the hand Test), voire dans moins de 0,1% des cas (essai 2 à la TOMM). Ces éléments suggéraient, à un degré de preuve confinant à la certitude, que l'assuré connaissait les bonnes réponses

pour pouvoir donner autant de mauvaises réponses (en comparaison avec les scores au niveau du hasard observé chez les patients présentant des troubles cognitifs ou mnésiques sévères). Les critères de Slick & Sherman (2012) étaient remplis pour une « dysfonction neuropsychologique simulée » primaire certaine témoignant d'une volonté consciente de produire des troubles plutôt que d'une exagération/surcharge inconsciente. L'expert neuropsychologue n'était pas d'accord avec l'appréciation de la psychologue traitante, figurant dans son rapport de février 2019, selon laquelle l'assuré souffrait d'une atteinte visuo-spatiale importante. D'une part, la performance visuo-spatiale dans les quelques tests réalisés (par ex. : test de l'horloge) était moins perturbée qu'attendue. D'autre part, l'absence de mesure de validité des symptômes laissait planer un doute quant aux réelles performances et à la motivation durant les tests de mémoire rapportés. Dans l'appréciation consensuelle du cas, les experts ont considéré que les seules limitations étaient la conduite d'un véhicule et les activités demandant une attention soutenue (tendance à la somnolence et baisse de l'attention, provoquées par le syndrome des apnées du sommeil). De nombreuses incohérences étaient relevées entre les plaintes et les constatations objectivées. Aucune incapacité de travail n'était retenue tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. 32. Par avis du 21 mars 2019, le SMR a indiqué que les experts confirmaient la majoration des symptômes pour bénéfice secondaire. Ils attestaient une pleine capacité de travail dans toute activité qui n'imposait pas, à cause de la somnolence légère, la conduite de véhicule, une attention soutenue et des travaux sur les toits. Le SMR a conclu qu'il fallait s'en tenir aux conclusions des experts, et considérer que la capacité de travail était restée pleine, pour toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles. 33. Le 17 avril 2019, l'OAI a reçu le rapport du 10 février 2019 de Madame P_____, psychologue, mentionnant que l'échelle clinique de mémoire MEM IV ne permettait pas de discriminer, comme escompté, les difficultés mnésiques de l'assuré, mais de mettre en évidence d'autres troubles impactant sa mémoire, telle une déficience du traitement visuo-spatial avec une possible atteinte des aires corticales. Malgré de meilleurs résultats de la mémoire auditive, rien ne laissait supposer que l'assuré ne souffrait pas de troubles sévères de l'attention ni d'une atteinte intellectuelle globale consécutifs à un choc traumatique. 34. Par avis du 16 mai 2019, le SMR a relevé que la psychologue n'avait pas effectué de test de validation des symptômes permettant de confirmer les déficiences alléguées. Le rapport précité ne permettait pas de s'écarter des conclusions précédentes. 35. Dans un avis du 3 juillet 2019, le SMR a confirmé que l'activité habituelle d'étancheur n'était pas compatible avec les limitations fonctionnelles retenues par les experts. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 17 juillet 2016, conformément à la décision sur opposition de la SUVA du 26 juillet 2016, confirmée par arrêt du 27 juin 2017. 36. Dans une note du 5 juillet 2019, l'OAI a arrêté le revenu avec invalidité à CHF 60'675.-, correspondant au salaire d'un homme travaillant à plein temps dans une activité de niveau 1 (activités simples et répétitives) selon le tableau TA1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2016, tous secteurs confondus (total), pour 41,7 heures hebdomadaires, et tenant compte d'une réduction supplémentaire de 10% en raison des limitations fonctionnelles. Le revenu sans invalidité était fixé à CHF 67'416.- sur la base de la même table statistique - en l'absence de données salariales concrètes, sans abattement. 37. Dans un projet de décision du 8 août 2019, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait lui nier le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. La capacité de travail de celui-ci, nulle dans son activité habituelle dès le 24 octobre 2015, début du délai d'attente d'un an, était entière dans une activité adaptée à

compter du 17 juillet 2016. Au terme du délai d'attente annuel le 24 octobre 2016, la comparaison du revenu d'invalidé (CHF 60'675.-) avec le revenu de valide (CHF 67'416.-) aboutissait à un degré d'invalidité de 10%, inférieur aux 20% requis pour l'ouverture d'un droit au reclassement et aux 40% requis pour l'ouverture du droit à la rente. L'assuré n'avait par ailleurs droit ni à une orientation professionnelle - au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services, un nombre significatif de ces activités étaient adaptées à ses empêchements, ne nécessitant pas l'intervention de l'OAI - ni à une aide au placement - l'assuré n'était pas limité par son atteinte à la santé dans la recherche d'un emploi. 38. Par courrier du 24 septembre 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, a contesté ce projet de décision. Il a produit : un rapport du 6 septembre 2019 de Mme P_____, indiquant que l'assuré souffrait d'un grave déficit de la mémoire visuelle, auquel s'ajoutait un syndrome de stress post-traumatique péjoré par une importante atteinte mnésique ; un rapport du 9 septembre 2019 du Dr B_____, retenant une capacité de travail nulle dans toute activité en raison de céphalées occipitales, de gonalgies gauches, de lombalgies chroniques sans irradiation, de l'hémi-syndrome sensitif gauche, de troubles de l'équilibre, de troubles du sommeil, de troubles dépressifs sévères, du déficit de l'attention avec des rêveries, d'un ralentissement psychomoteur important, et de troubles de la concentration avec perte de contact ; un rapport du 10 septembre 2019 de Madame Q_____, physiothérapeute, posant les diagnostics de polytraumatisme, de cervicalgie chronique, de syndrome cervico-brachial droit, de céphalées, de troubles de la mémoire, de vertiges, de perte d'équilibre, de lésion du ménisque interne du genou gauche, de douleurs sur les deux chevilles avec irradiation régulière depuis l'accident, et de douleurs lombaires. 39. Le 28 octobre 2019, l'OAI a reçu : un rapport du 2 septembre 2019 de la Dresse E_____, écartant le trouble factice retenu par les experts. Les signes d'exagération manifestés par l'assuré, qu'elle avait également relevés, semblaient exprimer le besoin de reconnaissance de sa souffrance. Cette exagération rendait délicate l'évaluation précise des limitations objectives. Mme P_____ avait constaté une déficience du traitement visuo-spatial. Cette atteinte objective avait été mise en évidence sans exagération des symptômes, car l'assuré avait au préalable été mis en confiance par sa neuropsychologue. Compte tenu de ses troubles de l'attention, les experts admettaient à tort que celui-ci était capable de conduire un véhicule. L'assuré n'était pas apte à exercer une activité lucrative ; une lettre du 7 septembre 2019 de la Dresse H_____, posant le diagnostic de syndrome post-traumatique post-commotionnel, car l'assuré s'était retrouvé dans un état totalement différent après l'accident. Il se décrivait comme étant autrefois un homme très dynamique, travaillant avec plaisir, et effectuant diverses activités, y compris avec sa famille. Il présentait actuellement de nombreux symptômes : céphalées, sensations de vertige, fatigue, irritabilité, difficultés à accomplir des tâches simples, altération de la mémoire, insomnie, et une diminution de la tolérance au stress. Il ne simulait pas. Son incapacité de travail était totale. Une évaluation en ateliers permettrait éventuellement d'envisager une reconversion dans un travail adapté (tâches simples répétitives). 40. Par avis du 13 novembre 2019, le SMR a indiqué que les nouvelles pièces médicales n'apportaient pas d'éléments nouveaux qui n'auraient pas été pris en compte par les experts. Le SMR a maintenu sa précédente appréciation. 41. Par décision du 14 novembre 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision. 42. Par acte du 2 janvier 2020, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, à son annulation, à la mise en oeuvre d'une expertise, à la constatation qu'il n'est pas capable d'exercer une activité professionnelle, notamment celle

d'étancheur, ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité, et à des mesures professionnelles afin de lui permettre de retrouver une activité professionnelle adaptée à son état de santé. Le recourant a contesté disposer d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il a allégué être hospitalisé depuis le 16 décembre 2019 au service de neuro-rééducation des HUG, et joint à cet effet un certificat du 23 décembre 2019. Il a indiqué qu'aucune expertise n'avait été effectuée et que le rapport de la CRR ne se prononçait pas sur sa capacité de travail. 43. Dans sa réponse du 30 janvier 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que la décision attaquée se fondait sur une instruction médicale complète, en particulier sur l'expertise pluridisciplinaire du 14 mai 2019, qui répondait aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Le SMR avait par ailleurs pris en compte les rapports médicaux postérieurs à cette expertise. L'intimé a annexé l'avis du 30 janvier 2020 du SMR auquel il se ralliait, selon lequel les pièces jointes au recours n'apportaient pas d'élément médical objectif nouveau. Les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique, avec épisode dépressif réactionnel, et de syndrome post-commotionnel, mentionnés dans le certificat du 23 décembre 2019, avaient été évoqués antérieurement, mais n'avaient pas été retenus par les experts en mars 2019. Aucune description clinique ou examen complémentaire rapporté ne permettait de s'écarter des conclusions des experts, qui s'étaient prononcés de manière objective. Le SMR a conclu que sa dernière appréciation demeurerait valable. L'intimé a ajouté qu'une nouvelle expertise était inutile, faute d'éléments objectivement vérifiables, de nature clinique ou diagnostique, qui auraient été ignorés par les experts. L'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant. 44. Le 7 février 2020, la chambre de céans a reçu la lettre de sortie du 5 février 2020 du service de neuro-rééducation des HUG, posant les diagnostics de syndrome post-commotionnel et de syndrome de stress post-traumatique avec épisode dépressif sévère. Le 9 décembre 2019, l'assuré avait été adressé par sa psychiatre aux HUG pour une rééducation neurologique. À l'arrivée, il présentait un héli-syndrome sensitif et moteur gauche, ainsi que des troubles de l'équilibre qui disparaissaient lorsque son « attention était dirigée sur autre chose ». L'examen de neurologie du comportement, complété par un examen de neuropsychologie, était ininterprétable en raison des réponses bizarres de l'assuré, quel que soit le test proposé. Sur le plan neurologique, il n'existait pas de déficit objectif significatif sur les voies longues. Les deux membres supérieurs étaient fonctionnels. L'assuré se déplaçait dans tout l'hôpital sans moyen auxiliaire et sans difficultés (tant du point de vue de l'équilibre que de l'orientation). Il pouvait prendre les escaliers et descendre puis remonter. Il pouvait également effectuer toutes les activités de la vie quotidienne simples (toilette, douche, habillage, alimentation) sur stimulation verbale, sans aide physique. Il retrouvait sa chambre et ne se perdait pas dans le service. En revanche, étaient retenus un syndrome post-commotionnel en raison des plaintes rapportées par le patient (céphalées, cervicalgies, douleurs à l'articulation temporo-mandibulaire droite, acouphènes, sentiment vertigineux péjoré par les activités, troubles mnésiques), ainsi qu'un tableau dépressif (perte d'intérêt et de plaisir, perte d'énergie, sentiment de dévalorisation et de culpabilité avec idées de mort passives, diminution de la concentration et ralentissement psychomoteur). Un syndrome de stress post-traumatique était retenu par les collègues psychiatres (échelle PCL-5 à 64/80 points) manifesté par des cauchemars, des symptômes de dissociation, une hypervigilance et une irritabilité. En fin de séjour, l'assuré n'avait plus besoin de stimulation verbale pour aller prendre sa douche ou son repas seul. Étant donné la symptomatologie psychiatrique au premier plan, une prise en charge psychiatrique ambulatoire intensive au CAPPI à sa sortie

lui a été proposée. Il devait également continuer les séances de réentraînement de physiothérapie. Un passage infirmier quotidien de l'IMAD à domicile était prévu pour l'administration du traitement, l'assuré n'étant pas autonome à la gestion de son planning de thérapies ni de ses médicaments. 45. Dans sa réplique du 12 mars 2020, le recourant a en substance persisté dans ses conclusions. 46. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), et du report au lundi 6 janvier 2020 de l'échéance dudit délai tombée sur le samedi 4 janvier 2020 (art. 38 al. 3 LPGA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une mesure d'ordre professionnel. 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences

d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 du 30 novembre 2017), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris aux troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs; cf. ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a; ATAS/856/2019 du 12 septembre 2019 consid. 6). c. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très

démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). 8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). 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. 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). 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 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]; 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). 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). 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 oeuvre 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). 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. En l'espèce, il n'est pas contesté que, depuis son accident de la circulation survenu le 24 octobre 2015, le recourant n'est plus apte à pratiquer son activité habituelle d'étancheur. En revanche, la position des parties diverge quant à la capacité de travail dans une activité adaptée. L'intimé, s'appuyant sur les avis du SMR des 21 mars, 16 mai, 3 juillet et 13 novembre 2019, eux-mêmes basés sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 14 mars 2019 - étant relevé que, contrairement à ce que semble croire le recourant, une expertise a bel et bien eu lieu au début de l'année 2019, estime que celui-ci peut travailler à plein temps dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. De son côté, le recourant, se référant aux rapports de ses médecins traitants, conteste disposer d'une telle capacité de travail. b. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise précité comprend les données objectives du dossier (soit les pièces médicales, y compris radiologiques), les données subjectives de recourant,

l'anamnèse, l'examen somatique et psychiatrique, ainsi qu'une discussion consensuelle du cas. Les conclusions sont claires, bien motivées et convaincantes. Partant, il remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Sur le plan somatique, les experts ont posé les diagnostics de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés et troubles statiques, de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés, de syndrome fémoro-patellaire du genou gauche, et de syndrome des apnées du sommeil de degré modéré, non appareillé. Ils ont énuméré toutes les limitations fonctionnelles à mettre objectivement en lien avec les atteintes constatées soit l'évitement de tout travail en hauteur et exigeant une attention soutenue, la position agenouillée sans genouillère de protection, ainsi que la conduite d'un véhicule, et considéré que ces atteintes n'empêchent pas le recourant d'exercer une activité adaptée à plein temps. Ces conclusions, qui reposent sur une évaluation médicale complète, emporte la conviction, d'autant plus que, comme on le verra plus loin, aucun autre rapport ne suscite de doute qui justifierait que l'on se distancie de cette appréciation. Par ailleurs, sur le plan neurologique, l'expert a relevé des discordances entre les plaintes subjectives (vertiges, troubles de l'équilibre, faiblesse musculaire, hypoesthésie du côté gauche) et les données objectives cliniques. L'exagération - volontaire et consciente des troubles a en outre été confirmée par un examen neuropsychologique détaillé et complet, et l'expert neuropsychologue a expliqué les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'avis de la psychologue traitante, qui, sans avoir procédé à un test de validité des symptômes, retenait des troubles importants impactant la mémoire du recourant. On observe du reste que la neuropsychologue traitante, Mme BENI, a également mis en évidence des signes d'amplification des troubles (cf. rapport du 9 février 2016), à l'instar de la neurologue traitante, la Dresse FANKHAUSER-NÖTZLI (cf. rapports des 14 juillet 2016 et 24 janvier 2017), et des médecins de la CRR, où le recourant avait séjourné du 19 avril au 4 mai 2016 (cf. rapport du 27 mai 2016). De plus, le médecin-conseil de la SUVA avait également considéré dans son appréciation du 13 octobre 2016 que la lésion axonale corroborée sur l'IRM d'avril 2016, compte tenu de sa localisation et de ses petites dimensions, ne pouvait causer, au degré de la vraisemblance prépondérante, les symptômes allégués (hémi-syndrome sensitif gauche, troubles de l'équilibre, céphalées, vertiges). Lors de son séjour aux HUG en décembre 2019, il a été observé que le recourant ne présentait pas de troubles de l'équilibre. Quant au syndrome post-commotionnel retenu à ce moment, il l'a été uniquement en raison des plaintes alléguées (céphalées, cervicalgies, troubles mnésiques, vertiges), soit des éléments déjà pris en compte par les experts, et non sur la base de constatations objectives. c. La chambre de céans constate en outre que les pièces produites par le recourant ne lui sont d'aucun secours. En effet, le rapport du 6 septembre 2019 de la psychologue traitante, très succinct, ne permet pas de remettre en cause les informations détaillées décrites par l'expert neuropsychologue, qui avait déjà relevé que celle-ci n'avait pas effectué un test de validité des symptômes. Le rapport du 9 septembre 2019 du Dr B_____ reprend les données figurant dans le rapport du 2 mai 2017, lequel a déjà été pris en compte par les experts. En d'autres termes, le médecin-traitant ne fait pas état d'élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par les experts. Il en va de même du rapport du 10 septembre 2019 de la physiothérapeute, laquelle du reste n'est pas médecin. Or, la chambre de céans doit pouvoir s'appuyer sur des rapports de médecins pour pouvoir établir le droit à des prestations. Quant au rapport du 2 septembre 2019 de la Dresse E_____, il indique de façon erronée que d'après les experts le recourant peut conduire un véhicule, puisque ceux-ci ont précisément affirmé le contraire. La neurologue se réfère également aux constatations de la psychologue, sur lesquelles l'expert neuropsychologue

s'était toutefois déjà prononcé exhaustivement, ainsi qu'on l'a dit plus haut. Sur le plan psychiatrique, l'expert, en fonction des éléments cliniques qu'il a mis en évidence et des déclarations du recourant, a motivé les raisons pour lesquelles il retenait le diagnostic de trouble factice et excluait celui de PTSD - à l'instar des médecins de la CRR. Il a fait état d'une importante démonstrativité et d'une exagération des symptômes, et constaté que le taux plasmatique des médicaments démontrait une mauvaise compliance au traitement. Ces éléments plaident en faveur d'un motif d'exclusion au sens de la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.2), conduisant d'emblée à nier une atteinte à la santé invalidante. Le rapport du 7 février 2020 des HUG fait certes état de diagnostics psychiques différents de ceux posés par les experts, soit un trouble dépressif et un syndrome de stress post-traumatique. Cela étant, les éléments décrits (soit perte d'intérêt et de plaisir, perte d'énergie, sentiment de dévalorisation et de culpabilité avec idées de mort passives, diminution de la concentration et ralentissement psychomoteur, symptômes de dissociation) remontent au 9 décembre 2019, date de l'hospitalisation du recourant, et constituent des faits nouveaux, postérieurs à la décision querellée du 14 novembre 2019. Aussi la chambre de céans ne saurait-elle en tenir compte. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Enfin, le rapport du 7 septembre 2019 de la psychiatre traitante ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables, dont les experts n'auraient pas tenu compte. De toute manière, la spécialiste rapporte essentiellement les indications subjectives du recourant, sans préciser si les symptômes de celui-ci étaient expliqués par les constatations objectives. d. En définitive, il faut admettre avec les experts que le recourant est à même d'exercer à plein temps une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. La chambre de céans retiendra que c'est à partir du 20 juin 2016, et non dès le 17 juillet 2016 comme retenu par l'intimé, que l'exercice d'une telle activité est possible. En effet, la première date correspond à celle fixée par le médecin d'arrondissement de la SUVA, dans son appréciation du 9 juin 2016, sur la base du rapport de la CRR, dont les conclusions sur le plan médical sont superposables à celles du rapport d'expertise pluridisciplinaire. En revanche, la seconde date correspond à celle à compter de laquelle par décision du 20 juin 2016 la SUVA a arrêté de prester. Or, le recourant était apte à exercer une activité adaptée depuis le 20 juin 2016 déjà. e. Sur le vu de ce qui précède, l'expertise requise par le recourant est inutile, de sorte que, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c), la chambre de céans n'y donnera pas suite. 11. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant. 12. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). 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). Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques - soit lorsque la personne assurée n'exerçait pas d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé ou que le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé avec suffisamment de précision (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 243/99 du 23 mai 2000 consid. 2b) -, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidité afin de tenir compte, conformément aux principes développés à l'ATF 126 V 75, de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). 13. a. En l'occurrence, en l'absence de données sur le revenu que réalisait le recourant avant son atteinte à la santé, ce dernier étant au chômage au moment de son incapacité de travail durable, c'est à bon droit qu'au terme du délai d'attente d'un an, soit le 24 octobre 2016 (art. 28 al. 1 LAI), l'intimé, pour déterminer tant le revenu sans invalidité que le revenu avec invalidité, s'est référé aux données statistiques telles qu'elles résultent de l'ESS 2016. Dans les deux cas, il convient de prendre en compte le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples qui s'élève à CHF 5'340.- par mois (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, total, homme, part au 13^{ème} salaire comprise) ou à CHF 64'080.- par année ($5'340 \times 12$). Dans ce cas de figure, il est superflu d'actualiser les salaires (cf. ATAS/474/2016 du 20 juin 2016 consid. 31). b/aa. L'intimé a opéré un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. b/bb. La chambre de céans relève que les circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier ne justifient pas une réduction supérieure à 10 %. En effet, le recourant, né le 22 avril 1979, était encore jeune au moment déterminant du droit à la rente (37 ans en 2016). Par ailleurs, le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018, 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2 et la référence). De plus, l'influence de la durée de service diminue dans la mesure où les exigences d'un emploi dans le secteur privé sont moins élevées. Ainsi, un abattement pour années de service n'est pas justifié dans le cadre du niveau de compétences 1 dès l'ESS 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_883/2015, 8C_884/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.3.2 et les références). Enfin, d'origine kosovare, le recourant a été naturalisé suisse le 21 février 2017, soit après la naissance, cas échéant, du droit à la rente en 2016. De toute manière, les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral I.640/00 du 16 avril 2002 consid. 4d/bb [résumé in : REAS 2002 p. 308]). Ainsi, en appliquant une déduction de 10 % sur le revenu d'invalidité, ce dernier s'élève à CHF 57'672.- ($64'080 - 6'408 = [64'080 \times 10 / 100] = 6'408$). Partant, le revenu avec invalidité de CHF 57'672.-, comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 64'080.-, aboutit comme retenu par l'intimé à un degré d'invalidité de 10 % ($[64'080 - 57'672] / 64'080 \times 100$), n'atteignant pas le taux minimum de 40 % pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). 14. Reste encore à déterminer si le recourant a droit à une mesure d'ordre professionnel. 15. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou

menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1 bis LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent. L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé. Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 3.2 et les références). Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit : à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a); à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). Selon la jurisprudence, les raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 consid. 6a). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c in VSI 2003 p. 274; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2010 du 9 août 2011 consid. 2.2). 16. En l'occurrence, l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité apparaît superflue, lorsque comme en l'espèce le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont, à l'évidence, adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. Il n'existe donc guère d'obstacles pour celui-ci à l'exercice d'un emploi adapté à son état de santé (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3 ; 9C_236/2012 du 15 février 2013 consid. 3.5).

Le recourant n'a pas droit à une mesure de reclassement, en l'absence d'une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20 % (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). De toute manière, une telle mesure ne se justifie pas, dès lors que le recourant, qui ne possède pas de diplôme spécifique, exerçait avant son invalidité l'activité d'étancheur, acquise par la pratique, et que les activités simples et répétitives qu'il est dorénavant à même d'exercer ne nécessitent pas de formation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_467/2012 du 25 février 2013 consid. 5.2; ATAS/432/2018 du 23 mai 2018 consid. 15e). Le recourant n'a pas non plus le droit à une mesure d'aide au placement, puisqu'il ne présente pas de limitations fonctionnelles (cécité, mutisme, mobilité limitée, troubles de comportement) qui l'entraveraient dans sa recherche de travail. 17. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. 18. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [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.