



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1183/2019

ATAS/478/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 juin 2020

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié rue _____, PRILLY, comparant recourant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Ilir CENKO

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1974, travaillait en tant que jardinier lorsque le 15 mai 2016, il a chuté sur son genou droit.
2. L'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou droit du 2 juin 2016 a mis en évidence une fracture du plateau tibial interne non déplacée.
3. Dans un rapport du 22 mars 2017, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de lésions cartilagineuses instables de degré III et IV de la rotule du genou droit, de lésions cartilagineuses instables de degré II du condyle interne sur 2 cm de diamètre, de lésion du bord libre de la partie moyenne du ménisque externe, de plica para-patellaire interne fibreuse, de corps cartilagineux intra-articulaires libres, et de synovites juxta-lésionnelles. Le même jour, le médecin a pratiqué une arthroscopie.
4. Dans un rapport du 1^{er} juin 2017, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mentionné que l'évolution n'avait pas été très favorable, avec persistance de douleurs. À l'examen clinique, le genou était tuméfié, et la cicatrice calme. La flexion ne dépassait pas 100°, l'extension était déficitaire de 5°, sans instabilité. Le bilan avait été complété par une IRM qui révélait une importante chondropathie fémoro-patellaire avec des lésions chondrales, sans lésion méniscale, sans signe en faveur d'une nécrose aseptique, et sans lésion ligamentaire. L'assuré présentait un début d'arthrose fémoro-patellaire qui ne nécessitait pas une opération actuellement. Un traitement anti-inflammatoire, de physiothérapie associée à une éventuelle viscosupplémentation pourrait lui venir en aide.
5. Dans un rapport du 21 juillet 2017, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé que l'examen clinique du genou droit montrait un membre inférieur axé, sans épanchement. La rotule était sensible à la palpation et à la mobilisation avec un discret crépitus, sans signe méniscal, sans crépitus à la sollicitation en varus forcé, et sans laxité ligamentaire. Le médecin a encouragé l'assuré à continuer la physiothérapie et à poursuivre le traitement anti-inflammatoire. L'évolution serait probablement relativement longue avant que celui-ci récupère une fonction satisfaisante.
6. Dans un rapport du 20 septembre 2017, le Dr B_____ a indiqué que l'évolution était défavorable avec une péjoration des douleurs du compartiment interne malgré plusieurs infiltrations, un traitement par anti-inflammatoires et un suivi physiothérapeutique empêchant une reprise de travail en tant que jardinier. Le chirurgien a proposé une ostéotomie de valgisation du tibia proximal droit.
7. Dans un rapport du 9 octobre 2017, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mentionné que

l'assuré présentait, au niveau clinique et paraclinique, un déconditionnement massif du membre inférieur droit, suite à un geste arthroscopique réalisé en mars 2017. Le médecin a proposé une prise en charge dans un centre spécialisé de rééducation.

8. Dans un rapport du 15 novembre 2017, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir retrouvé à l'examen clinique des membres inférieurs normo-axés, à droite avec une amyotrophie très importante au niveau du quadriceps, des ischio-jambiers et de la jambe. La dernière IRM du 29 septembre 2017 mettait en évidence des cicatrisations au niveau de l'Hoffa avec une rétraction de celui-ci, une lésion cartilagineuse de grade IV de la facette externe de la rotule en distal, sans lésion cartilagineuse fémoro-tibiale ni méniscale, et sans réaction sous-chondrale ni spongieuse persistante de la fracture du plateau tibial interne. Le médecin constatait chez le patient un retard de rééducation de son genou droit. Les axes étaient selon les radiographies normo-grade. Il n'y avait aucun élément, à l'imagerie, ni à l'examen clinique, qui pourrait évoquer une nouvelle chirurgie. Une rééducation intense pourrait être bénéfique.
9. Depuis le 1^{er} janvier 2018, l'assuré est assisté par l'Hospice général.
10. Du 10 janvier au 6 février 2019, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR).
11. Le 21 janvier 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), précisant qu'il travaillait au noir avant son accident.
12. Dans un rapport du 15 mars 2018, le Dr B_____ a mentionné que le dernier contrôle remontait au 5 septembre 2017. Les douleurs au genou droit persistaient. L'activité habituelle n'était plus exigible, mais l'assuré pouvait exercer à plein temps une activité adaptée sédentaire.
13. Par avis du 20 novembre 2018, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a reconnu à titre d'atteinte principale à la santé une fracture du plateau tibial interne de la rotule compliquée d'une amyotrophie secondaire du membre inférieur droit. Se référant au rapport du Dr B_____ du 15 mars 2018, le SMR a considéré que la capacité de travail, nulle dans l'activité habituelle depuis le 15 mai 2016, était entière dans une activité adaptée sédentaire, nécessitant de courts déplacements de manière ponctuelle, et évitant la marche prolongée, le port de charges de plus de 10 kg, ainsi que les positions debout prolongée, à genoux et accroupie, dès mars 2018.
14. Dans une note du 17 janvier 2019, l'OAI, qui a retenu pour l'assuré un statut d'actif, s'est basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2016 pour déterminer les revenus avec et sans invalidité. Le revenu d'invalidité était arrêté à CHF 60'392.-, correspondant au salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples), tous secteurs confondus (Total), selon le tableau TA1, pour 41,7 heures hebdomadaires, indexé

en 2017, et tenant compte d'une réduction supplémentaire de 10 % en raison des limitations fonctionnelles. Le revenu de valide était fixé à CHF 67'101.- sur la même table statistique, sans abattement.

15. Dans un projet de décision du 17 janvier 2019, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, relevant que sur le plan médical, sa capacité de travail, nulle dans l'activité habituelle depuis le 15 mai 2016, était totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} mars 2018. La comparaison du revenu d'invalidé (CHF 60'392.-) avec le revenu de valide (CHF 67'101.-) 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.
16. Par pli du 11 février 2019, l'assuré a contesté ce projet de décision, faisant valoir que l'OAI n'avait pas suffisamment tenu compte de ses limitations qui impactaient négativement sa vie quotidienne, ni de ses douleurs quotidiennes qui s'aggravaient lors du moindre déplacement à pied.
17. Par décision du 26 février 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision, l'assuré n'ayant pas apporté d'éléments susceptibles de modifier ses conclusions.
18. Par acte du 22 mars 2019, l'assuré, sous la plume de son mandataire, a interjeté un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à partir du 1^{er} juillet 2018 ; et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Le recourant a contesté disposer d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il a indiqué qu'en raison de ses difficultés relationnelles avec le Dr B____, l'intimé ne pouvait pas suivre l'avis de ce médecin, sans avoir procédé à une instruction complémentaire. Il a reproché audit spécialiste de ne pas avoir tenté d'autres moyens moins invasifs que l'opération.

Le recourant a produit le rapport du 14 mars 2019 du Dr D____, retenant les diagnostics de chondropathie fémoro-patellaire post-contusionnelle aggravée par une chirurgie de chondroplastie et de micro-fracturations de la rotule le 22 mars 2017, ainsi que des séquelles de fracture de contrainte sous-chondrale du plateau tibial externe. Les limitations fonctionnelles étaient un important handicap à la marche et dans les pentes, l'impossibilité de travailler à genoux et de porter des charges, ainsi que des douleurs en position assise prolongée. La capacité de travail, nulle dans l'activité habituelle, pourrait être de 50 % dans une activité sédentaire limitant les déplacements, sous réserve d'une réadaptation. Une capacité de travail entière apparaissait peu probable compte tenu des douleurs importantes ressenties en position assise prolongée.

19. Dans sa réponse du 17 avril 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Il a versé au dossier l'avis du SMR du 9 avril 2019, relevant que l'appréciation du Dr D_____ était identique à celle du Dr B_____ en ce qui concernait le type d'activité adaptée (soit sédentaire), mais différait s'agissant de la capacité de travail médico-théorique, sans apporter d'élément clinique objectif permettant de justifier une diminution de la capacité de travail dans une telle activité.

L'intimé a ajouté qu'il existe de nombreuses activités professionnelles permettant un changement de position à intervalles réguliers.

20. Dans sa réplique du 18 mai 2019, complétée le 21 juin 2019 par son nouveau mandataire, le recourant a conclu à la mise en œuvre d'une expertise, à l'audition des parties et de témoins, ainsi qu'à titre subsidiaire, à l'octroi de mesures de reclassement.

Il a considéré que les dires du Dr B_____ étaient contredits de manière crédible et circonstanciée, éléments cliniques concrets et objectifs à l'appui, par les rapports du Dr D_____ qu'il consultait depuis près de deux ans, à l'inverse du Dr B_____ qui ne le suivait plus depuis fin 2017 et qui avait commis, selon le recourant, une erreur médicale en opérant son genou, intervention qui avait aggravé la chondropathie fémoro-patélaire post-contusionnelle dont il souffrait. Il a reproché au Dr B_____ d'avoir minimisé la péjoration de son état de santé.

Le recourant a allégué recevoir des soins très régulièrement, éprouver des douleurs de type décharge électrique, de jour comme de nuit, en positions couchée, debout et assise prolongée, ainsi que lors des déplacements, ne pas pouvoir travailler à genoux ni porter des charges, et être entravé dans sa vie quotidienne puis frappé d'un important handicap à la marche.

Il a invité l'intimé à lui fournir une liste des activités professionnelles qu'il pourrait exercer, y compris les coordonnées des sociétés susceptibles de l'engager. La décision attaquée n'indiquait pas à quel emploi ou secteur professionnel correspondait le revenu avec invalidité arrêté par l'intimé.

Il a soutenu que compte tenu d'une incapacité de travail de 50 % et du revenu d'invalidité retenu par l'intimé, son degré d'invalidité était supérieur à 50 %, ouvrant droit au reclassement et à une rente.

À l'appui de son écriture, le recourant a joint en particulier :

- le rapport du 27 février 2018 de la CRR, relevant que la marche avec le pied en supination était essentiellement antalgique et non pas liée à un trouble statique provoqué par le traumatisme ou l'intervention. Lors de l'accident, l'assuré avait peut-être fait une entorse de la tibio-fibulaire proximale, ce qui aurait entraîné cette démarche avec le pied en supination en raison des douleurs. Aux ateliers professionnels, celui-ci avait pu effectuer des activités légères, mais présentait une décharge du membre inférieur droit dès qu'il était en position debout. L'assuré sous-estimait considérablement ses capacités fonctionnelles et restait focalisé sur la douleur. Les limitations fonctionnelles étaient : éviter le port de

charges supérieures à 20-25 kg, le port répété de charges supérieures à 10-15 kg, la marche prolongée et sur terrain irrégulier, ainsi que le travail en position debout prolongée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, il était plutôt défavorable dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles en raison de facteurs non-médicaux (absence de contrat de travail et de formation, mauvaise maîtrise du français) ;

- le rapport du 13 juin 2019 du Dr D_____, certifiant que l'évolution symptomatique du patient restait linéaire avec tendance à l'aggravation des douleurs sur la face externe de son genou droit. La nouvelle IRM du 11 juin 2019 montrait au niveau fémoro-patellaire la persistance d'une abrasion du revêtement cartilagineux prédominant sur le secteur médial atteignant l'os sous-chondral et bordé d'un œdème intra-spongieux restant d'aspect relativement inchangé traduisant une chondropathie de grade IV. Le patient souffrait d'un syndrome fémoro-patellaire sévère évoluant vers l'arthrose. Les recommandations quant à l'adaptation de son travail restaient inchangées.

21. Dans sa duplique du 18 juillet 2019, l'intimé s'est rallié à l'avis joint du 2 juillet 2019 du SMR, selon lequel, dans son rapport du 13 juin 2019, le Dr D_____, qui évoquait un status inchangé, la fracture sous-chondrale étant consolidée, n'apportait pas d'éléments objectifs d'aggravation. Le SMR en a conclu que son appréciation du 20 novembre 2018 restait valable.

Sur cette base, l'intimé a exposé que l'état de santé du recourant était stabilisé, qu'une expertise ne se justifiait pas, faute d'élément médical objectif nouveau, et que les limitations fonctionnelles retenues, y compris par le Dr D_____, permettaient d'exercer à plein temps nombre d'activités légères évitant les positions accroupies, en terrain incliné et avec port de charges.

22. La chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 4 novembre 2019.

Le recourant a déclaré, en présence d'une interprète en langue albanaise, qu'il était encore en traitement, consistant en la prise de médicaments trois fois au quotidien - jour et nuit - (Dormicum, Dafalgan), en des infiltrations (Cortisone) tous les trois mois, ainsi que des contrôles chez le Dr D_____ tous les deux ou trois mois. Il ne faisait plus de physiothérapie depuis un an, faute d'évolution.

Il a confirmé avoir essayé de retrouver un emploi. Il s'était présenté spontanément dans des entreprises (restaurants, sociétés de nettoyage) et avait envoyé des CV chez G_____, en vain. Les patrons ne l'engageaient pas dès qu'ils apprenaient qu'il souffrait du genou droit. Il ne s'était pas inscrit au chômage, à défaut de réunir les conditions du délai-cadre de cotisation. Il souhaiterait trouver un emploi facile et tenant compte de son genou, par exemple en tant que chauffeur de taxi, dès lors qu'il a le permis de conduire, à condition de conduire une voiture automatique.

Il n'avait plus contacté le Dr B_____ depuis plus de deux ans. Son médecin, le Dr D_____, lui avait indiqué que l'état de son genou allait en s'empirant, en raison de l'arthrose qui menaçait, et qu'il ne pouvait pas faire de travaux difficiles.

Son assureur-accidents avait pris en charge les frais d'hospitalisation à la CRR où il s'était rendu début 2018. Il n'avait en revanche pas bénéficié de rente d'invalidité ou d'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Il a persisté dans ses conclusions, notamment dans l'audition du Dr D_____ et/ou d'une expertise.

La représentante de l'intimé a quant à elle affirmé que personne ne remettait en cause l'affection du recourant, ni ses limitations fonctionnelles.

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

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une mesure de reclassement.

4. 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).

5. 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).

6. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.
7. 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.

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).

8. 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).

9. a. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant, qui souffre de son genou droit depuis son accident du 15 mai 2016, avec une péjoration des douleurs malgré l'intervention chirurgicale du 22 mars 2017, pratiquée par le Dr B_____, ainsi que les traitements instaurés par la suite (physiothérapie, infiltrations), ne peut plus exercer son activité habituelle de jardinier.

En revanche, la position des parties diverge quant à la capacité de travail dans une activité adaptée. L'intimé, s'appuyant sur l'avis du 20 novembre 2018 du SMR, lui-même basé sur le rapport du 15 mars 2018 du Dr B_____, estime que le recourant est apte à travailler à plein temps dans une activité sédentaire respectant ses limitations fonctionnelles. De son côté, celui-ci, se référant au rapport du 14 mars 2019 du Dr D_____, soutient que sa capacité de travail est de 50 % dans une telle activité.

b. La chambre de céans n'est pas compétente pour se prononcer sur le point de savoir si, comme le prétend le recourant, le Dr B_____ a commis une erreur médicale en opérant son genou droit au lieu de mettre en œuvre des moyens moins invasifs. Cela étant, ce spécialiste reconnaît que si l'état de santé de celui-ci empêche une reprise de travail en tant que jardinier, en revanche, dans une activité adaptée sédentaire, il peut travailler à 100 % en dépit de ses douleurs.

Selon le Dr D_____, les limitations fonctionnelles qui impactent le recourant dans l'exercice d'une activité lucrative sont un important handicap à la marche et dans les pentes, les positions à genoux et assise prolongées, ainsi que le port de charges.

Il appert que ces restrictions sont superposables à celles retenues par le SMR, qui admet en effet que le recourant doit éviter la position à genoux, la marche prolongée, le port de charges de plus de 10 kg, ainsi que la position debout prolongée, ce qui implique que celui-ci doit alterner les positions assise et debout. De même, la CRR, sur la base de son examen et des imageries, a considéré que le recourant peut effectuer une activité légère, évitant le port répété de charges supérieures à 10-15 kg, la marche prolongée et sur terrain irrégulier, ainsi que la position debout prolongée.

La chambre de céans constate que le Dr D_____ n'explique nullement les motifs pour lesquels le recourant ne pourrait pas travailler à 100 % dans une activité légère et sédentaire - c'est-à-dire nécessitant peu de déplacements -, alternant les positions assise et debout, évitant la position à genoux et accroupie, ainsi que le port de charges supérieures à 10 kg. Il se borne à indiquer qu'un emploi à plein temps apparaît peu probable en raison des douleurs éprouvées en position assise prolongée. Or, tant le SMR que la CRR ont pris en compte le fait que le recourant

ne doit pas travailler en position assise prolongée. Dès lors que le Dr D_____ n'a pas fait état d'éléments objectivement vérifiables qui seraient différents de ceux déjà relevés par le Dr B_____, on ne saurait remettre en cause l'appréciation de ce dernier du seul fait que le Dr D_____ évalue la capacité de travail du recourant à 50 % (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Du reste, la CRR a relevé que le recourant sous-estimait considérablement ses capacités fonctionnelles et que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles était plutôt défavorable en raison de facteurs non-médicaux, soit l'absence de contrat de travail et de formation, ainsi que la mauvaise maîtrise du français. Or, de tels facteurs sont étrangers à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5.3 et les références).

En faisant abstraction de ces facteurs in casu, il faut admettre que le recourant est à même d'exercer à plein temps une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles.

Enfin, le rapport du 13 juin 2019 du Dr D_____, si tant est qu'il fasse état d'une péjoration de l'état de santé du recourant, comme celui-ci l'allègue, à l'inverse du SMR (cf. avis du 2 juillet 2019), n'est pas pertinent, car l'éventuelle aggravation de l'état de santé sort de l'objet de la contestation et n'est pas de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En effet, ce médecin mentionne une aggravation des douleurs, en se référant à une IRM du 11 juin 2019, qui est postérieure à la décision querellée du 26 février 2019. Or, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1).

10. Sur le vu de ce qui précède, l'expertise requise par le recourant, ainsi que l'audition de témoins sont inutiles, 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'invalidité, 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'invalidité 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. En l'espèce, en l'absence de données sur le revenu que réalisait le recourant avant son atteinte à la santé, ce dernier ayant travaillé au noir, c'est à bon droit que 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, et a pris en compte dans les deux cas 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 × 12). Dans ce cas de figure, il est superflu d'actualiser les salaires (cf. ATAS/474/2016 du 20 juin 2016 consid. 31).

L'intimé a opéré un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. 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 est encore jeune au moment déterminant du droit à la rente (43 ans en 2017). S'agissant des années de service auprès de l'ancien employeur, il y a lieu de rappeler que 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 qualification 4 de l'ESS (jusqu'à l'ESS 2010) ou 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). Le manque d'expérience du recourant dans une nouvelle profession n'est pas non plus un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, puisque les activités adaptées envisagées (simples) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, et que tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018, 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En ce qui concerne la mauvaise maîtrise de la langue française, le niveau de qualification professionnelle déterminant in casu ne nécessite pas une bonne maîtrise d'une langue nationale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 5.2 et les références). Enfin, le critère de la nationalité du recourant ne justifie pas d'abattement sur le salaire, étant relevé à cet égard que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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'invalidé, 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 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).

Au demeurant, même en opérant une réduction maximale de 25 %, ce qui n'est pas justifié dans le cas d'espèce, le revenu avec invalidité qui s'élèverait alors à CHF 48'060.- ($64'080 - 16'020 [64'080 \times 25 / 100 = 16'020]$), comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 64'080.-, donnerait un degré d'invalidité de 25 % ($[64'080 - 48'060] / 64'080 \times 100$), taux toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

14. Le recourant reproche à l'intimé de ne pas lui avoir fourni une liste des activités professionnelles qu'il pourrait encore exercer. Toutefois, en cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune

formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Il n'est pas irréaliste de retenir qu'il existe, parmi la large palette d'activités considérées, un emploi adapté à la situation du recourant sur un marché du travail équilibré. Cette notion est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

Il y a également lieu de rappeler que la notion de marché équilibré du travail sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). En d'autres termes, il s'agit uniquement de savoir si, compte tenu de son état de santé, il est à même d'exercer une activité déterminée sans que l'on ait à rechercher s'il va trouver un employeur disposé à lui confier ce travail. Si l'on tenait compte des fluctuations de l'offre et de la demande sur le marché du travail, on aboutirait à ce résultat qu'un assuré serait tantôt admis à bénéficier de la rente et tantôt ne le serait pas suivant que les offres d'emploi seraient peu nombreuses ou au contraire abondantes. Les décisions de l'AI finiraient par être dépourvues de tout fondement objectif (ATAS/155/2020 du 26 février 2020 consid. 10).

15. Enfin, 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).
16. Mal fondé, le recours ne peut qu'être rejeté.
17. 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 :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Mario-Dominique TORELLO

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