



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1863/2019

ATAS/562/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Caroline RENOLD

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Christine WEBER-FUX, Juges assesseures

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1961, séparé depuis 2007 et père de trois enfants, nés en 2002, 2005 et 2007.
2. Le 22 juin 2009, alors qu'il travaillait pour B_____, l'assuré s'est blessé en déplaçant une machine, qui est tombée sur sa jambe droite en lui fracturant ainsi le tibia et le péroné, selon la déclaration d'accident LAA du 26 juin 2009 adressée à Allianz Suisse Société d'Assurances SA (ci-après Allianz) par son employeur.
3. Le docteur C_____, chirurgie orthopédique FMH de la clinique de la Colline, a indiqué dans un rapport du 25 octobre 2009 adressé à Allianz que le diagnostic était une fracture ouverte du quart distal de la jambe droite et qu'une ostéosynthèse avait été réalisée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG).
4. L'assuré a demandé, le 3 décembre 2009, des prestations de l'assurance-invalidité à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé), indiquant être atteint dans sa santé depuis le 22 juin 2009.
5. À teneur de l'extrait du compte individuel de l'assuré, celui-ci a été employé de D_____, de 2003 à 2008, et a gagné durant ces années CHF 12'698.-, CHF 49'786.-, CHF 46'878.-, CHF 49'826.-, CHF 50'225.- et CHF 52'710.-. De 2001 à 2004, il a cotisé comme personne de condition indépendante et de 1990 à 1999, il a travaillé pour E_____ SA.
6. À teneur de son curriculum vitae, il a obtenu un diplôme d'études secondaires au Zaïre, section technique, option sociale, en 1982. De 1991 à 1993, il a suivi les cours industriels de Genève (programmation en informatique, anglais technique, algorithmes, initiation à l'informatique et comptabilité).
7. Selon un rapport d'évaluation (mesures d'ordre professionnel) du 26 janvier 2010, l'assuré avait déposé en 1988 une demande d'asile en Suisse. Il maîtrisait parfaitement le français. Il avait commencé par trouver un remplacement dans une buanderie aux HUG, puis avait travaillé à la plonge dans un salon de thé et comme aide en boulangerie. Il avait ensuite travaillé pour la gainerie E_____ pendant neuf ans jusqu'au poste de magasinier responsable du stock. Il expliquait son départ de ce poste comme étant lié à la dégradation de l'état de santé de sa femme et à la nécessité d'être présent auprès de ses enfants. Il avait passé par une période de chômage, puis avait accepté de travailler dans le domaine du dédouanage et des livraisons. En 2001, il avait commencé une activité dans le domaine du commerce alimentaire sous vide en utilisant son deuxième pilier, mais il avait fait faillite. Après quelques mois comme commercial distributeur chez F_____, il avait travaillé comme livreur pour un glacier dès août 2003. Il n'avait pas été licencié. Son dernier salaire était en moyenne de CHF 3'600.- net. Actuellement, il se déplaçait assez lentement avec deux cannes. Toute station debout prolongée n'était pas facile et tous les gestes quotidiens étaient conditionnés par ce mode de déplacement. Il était en incapacité totale de travailler depuis le mois de juin 2009. Il n'avait aucune idée de ce qu'il pourrait faire professionnellement à l'avenir. Il était

possible qu'il doive subir une greffe avec un arrêt prolongé pour plusieurs mois. En conclusion, l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé. Il était vraisemblablement passé par une période très difficile, réduit à vivre dans un dépôt suite à sa séparation. Il était logé chez des amis et prêt à retrouver un rythme, se mobiliser et commencer à réfléchir à sa reprise. Il lui était proposé une démarche de bilan et, si cela était possible (santé et temps), un cours en relation avec le projet élaboré pour son avenir à moyen terme.

8. Le 28 janvier 2010, l'OAI a accordé des mesures d'intervention précoce à l'assuré, sous la forme d'un cours de formation visant à définir une orientation professionnelle du 22 février au 26 mars 2010.
9. Selon une note de travail d'intervention précoce du 30 mars 2010, l'assuré avait été satisfait du cours. Il avait retenu la cible de logisticien. Il envisageait aussi de faire une démarche pour valider ses compétences. Il était en contact avec une structure qui favorisait les activités orientées vers le développement durable et le commerce équitable. Il envisageait, à plus ou moins long terme, de lancer un commerce de purée de manioc conditionnée au Congo vers les pays européens. Compte tenu des projets élaborés, il avait été convenu de lui octroyer un cours de remise à niveau en informatique.
10. Le 1^{er} avril 2010, l'OAI a informé l'assuré prendre en charge les frais pour une formation bureautique (Word, Excel, PowerPoint) du 12 avril au 28 mai 2010.
11. Selon un rapport d'observation du formateur, l'assuré avait participé au module « DOP » du 22 février au 26 mars 2010, soit pendant cinq semaines, à raison de cinq matinées par semaine de 9h00 à 12h00. Il avait fait un bilan de compétences, et une recherche de cibles professionnelles réalistes et réalisables. Il avait eu une initiation à l'utilisation des moteurs de recherche et une formation à la rédaction d'un curriculum vitae et de lettres de motivation et à la préparation d'entretiens d'embauche. L'assuré ne se déplaçait qu'à l'aide de ses béquilles et semblait peu sûr de ses mouvements. Son niveau académique et ses activités professionnelles dans son pays lui permettaient d'effectuer un travail de qualité. Il était concentré sur sa tâche et allait jusqu'au bout du travail qu'il s'agisse d'un travail de documentation ou de rencontrer des professionnels ou des services extérieurs pour obtenir des informations et des conseils. La rédaction était un exercice difficile pour lui. Il pouvait sans autre envisager de faire une formation dans les domaines qui l'intéressaient et s'était très bien intégré dans le groupe. Il prenait la parole de façon opportune et judicieuse, tout en restant discret. Il était très motivé par la recherche de cibles. Il avait fait preuve d'un très grand engagement et sérieux dans le cadre de la mesure, sous réserve de la gestion du temps, étant arrivé presque tous les jours avec un retard de quelques minutes.
12. Selon un rapport établi le 3 août 2010 par le Dr C_____, l'assuré avait été réopéré pour son tibia, le 16 juin 2010, aux HUG.

13. Le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une expertise de l'assuré, à la demande d'Allianz, concluant, le 25 février 2011, que celui-ci était totalement incapable de travailler depuis son accident, mais qu'il pouvait d'ores et déjà reprendre une activité professionnelle en position semi-assise à temps complet et sans baisse de rendement.
14. Par projet de décision du 7 avril 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2010 au 28 février 2011 et lui a refusé des mesures d'ordre professionnel. Depuis le 22 juin 2009 (début du délai d'attente d'un an), sa capacité de travail était considérablement restreinte. À l'issue du délai d'attente légal, soit le 22 juin 2010, son incapacité de travail demeurait totale, ce qui lui ouvrait le droit à une rente. Par la suite, son état de santé s'était amélioré et sa capacité de travail était estimée entière dans une activité adaptée, sans baisse de rendement, dès le 1^{er} décembre 2010. La comparaison des revenus dès cette date conduisait à un degré d'invalidité de 10%. L'amélioration ayant duré plus de trois mois, la rente était versée jusqu'au 28 février 2011 (art. 88a RAI).
15. Le 26 août 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision.
16. Selon une lettre de sortie des HUG du 28 février 2018, l'assuré avait été opéré en raison d'une suspicion d'ostéomyélite chronique du tibia distal droit (prélèvement bactériologique et histo-pathologique du tibial distal droit et alésage du fût tibial droit).
17. Selon une lettre de sortie des HUG du 21 mars 2018, l'assuré avait subi une intervention chirurgicale le 13 mars 2018 par trois médecins, dont le docteur H_____, du département de chirurgie orthopédique des HUG, consistant en une ostéotomie correctrice supra-malléolaire au niveau du tibia distal et de l'ancien foyer de la fracture de la fibula (fixation de plaques).
18. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité le 18 juin 2018, en invoquant les séquelles d'une fracture ouverte du tibia-péroné droit 2009 et un problème rénal (2016).

Il a joint à sa demande :

- un diplôme de formation continue d'aide-comptable obtenu le 19 décembre 2017 ;
 - et un certificat obtenu 21 juillet 2014 à la suite d'un programme de formation en création d'entreprise suivi du 28 mai au 13 juin 2014.
19. Allianz a confié une expertise de l'assuré à son médecin-conseil, le docteur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH
 20. Dans un rapport du 24 juillet 2018, le Dr I_____ a indiqué avoir examiné l'assuré le même jour. Il a résumé les pièces principales du dossier médical, les déclarations de l'assuré et ses constats lors de l'examen clinique. Sous discussion du cas, il a mentionné que l'assuré avait présenté une fracture ouverte de la jambe droite neuf

ans auparavant. Les suites n'avaient pas été simples avec la survenue d'une pseudarthrose. Après un traitement chirurgical approprié, l'assuré avait continué de souffrir pendant plusieurs années avant la mise en évidence d'une ostéomyélite séquellaire. Le traitement chirurgical récent avait permis d'améliorer la mobilité de son membre inférieur droit, avec une nette diminution des douleurs. L'assuré avait pu mettre à profit sa longue période d'immobilisation pour effectuer une reconversion professionnelle dans le domaine de la comptabilité. L'ancienne activité de logisticien livreur n'était plus réalisable de façon définitive, en raison de la manipulation et du port de charges lourdes qui provoquaient des douleurs sur le membre inférieur droit de l'assuré. Dans une activité professionnelle réalisée essentiellement en position assise, permettant quelques déplacements et sans nécessité de circuler de façon répétée dans les escaliers, sans port de charges supérieures à 10 kg et sans devoir travailler en position agenouillée, on pouvait s'attendre à une activité professionnelle réalisée à la journée entière, sans baisse de rendement. Au vu de l'examen effectué, l'assuré pouvait, dès ce jour, réaliser une activité professionnelle d'aide-comptable à 100%.

21. Dans un rapport du 22 septembre 2018, reçue par l'OAI le 2 octobre suivant, le Dr H_____ a indiqué que la fracture ouverte du tibia et du péroné droits subie par l'assuré, avait nécessité un lavage-débridement et un enclouage centromédullaire le 23 juin 2009. Cette fracture avait évolué vers une non-union ayant nécessité une reprise par décortication, le 16 juin 2010. Le matériel avait été enlevé le 29 octobre 2012. La fracture avait évolué vers une mal-union avec suspicion d'ostéomyélite chronique sous-jacente ayant nécessité une cure en deux temps, les 20 février et 13 mars 2018. Actuellement, à environ six mois de la dernière intervention, le tibia était normo-axé, l'ostéotomie du tibia semblait avoir correctement guéri et il y avait encore une partie de l'ostéotomie du péroné qui n'avait pas guéri. Le patient était capable de marcher sans canne, mais avait des douleurs latérales au niveau de l'ostéotomie du péroné, ce qui l'empêchait de courir et de porter de lourdes charges. La capacité de travail était de 0% depuis début 2018, car l'assuré ne pouvait pas effectuer de travail de force, étant précisé qu'il était magasinier de formation.
22. Le gestionnaire du dossier à l'OAI a demandé au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), le 22 octobre 2018, de se déterminer sur le dossier, en relevant que dans son rapport du 2 octobre 2018, le Dr H_____ avait indiqué une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de l'assuré, mais qu'il était moins précis en ce qui concernait une activité adaptée.
23. Le 21 novembre 2018, l'OAI a adressé une sommation à l'assuré. Son médecin traitant, la doctoresse J_____, médecine interne FMH, n'avait pas répondu à ses demandes de renseignements médicaux, qui étaient absolument indispensables pour examiner sa demande de prestations. Il le rendait attentif aux dispositions qui traitaient de son obligation de renseigner et de collaborer et lui suggérait d'intervenir directement auprès de son médecin afin qu'elle transmette les

renseignements demandés dans les 30 jours. En l'absence de réponse dans le délai imparti, l'OAI se prononcerait en l'état du dossier.

24. Le 30 janvier 2019, le SMR a indiqué être en accord avec les conclusions des Drs H_____ et I_____, qui retenaient une capacité de travail nulle de l'assuré dans l'activité habituelle. Le SMR considérait, comme le Dr I_____, que la capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles pour une activité de type administratif. Cependant, le SMR suivait le Dr H_____ sur la date de réadaptation, soit le 22 septembre 2018.
25. Par projet de décision du 20 février 2019, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité et des mesures professionnelles.
26. Par décision du 1^{er} avril 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. À l'issue de l'instruction médicale, et en l'absence de contestation de sa part dans le délai fixé contre son projet de décision, il lui reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle de livreur dès le mois de février 2018 (début du délai d'attente d'un an). À partir du mois de septembre 2018, sa capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé était de 100%. En raison de son parcours professionnel peu régulier, l'OAI s'était référé aux salaires statistiques pour déterminer son revenu sans invalidité. Il s'était également référé à ces salaires pour déterminer le revenu avec invalidité, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé. L'OAI retenait que l'assuré était pleinement capable de travailler dans toute activité adaptée. En conséquence, il ne ressortait aucune perte de gain de la comparaison des revenus. Toutefois, en raison de ses limitations fonctionnelles et de son âge, il accordait à l'assuré une réduction supplémentaire de 15% sur le revenu d'invalidité. Les autres critères admis par la jurisprudence ne permettaient pas une réduction supplémentaire. Dans sa situation, l'abattement de 15% pris en considération représentait à lui seul son degré d'invalidité. Un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

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 était adapté aux limitations fonctionnelles liées à l'état de santé de l'assuré. L'OAI n'avait donc pas à intervenir pour une orientation professionnelle. La condition d'une perte de gain de 20% n'étant pas remplie, l'assuré n'avait pas non plus droit à un reclassement professionnel. Dans la mesure où son handicap ne lui posait pas de problème dans la recherche d'un emploi et qu'un accompagnement n'était pas requis pour se présenter auprès d'un employeur, le droit à l'aide au placement n'était pas ouvert. C'était l'Hospice général qui était compétent pour l'aider à trouver un emploi.

27. Le 15 mai 2019, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il estimait avoir droit à une invalidité de 20% au moins, ce qui lui ouvrait le droit à des mesures de réadaptation. Il sollicitait un délai pour compléter son recours.

28. Le 6 juin 2019, le recourant a encore fait valoir qu'une expertise rhumatologique et néphrologique était nécessaire. Aucun médecin ne s'était prononcé sur la diminution de rendement causée par ses atteintes à la jambe droite et ses problèmes néphrologiques en tenant compte des interférences entre ses diverses atteintes. La Dresse J_____ avait relevé qu'il y avait une perte de rendement, initialement quantifiée à 50%, qui serait probablement réduite à 20-30%. Aucune investigation n'avait été faite quant à ses limitations causées par les douleurs et la fatigue sur sa capacité de rendement. En outre, sa situation s'était modifiée, au vu de la fracture de fatigue récemment constatée. Il était certain que les limitations fonctionnelles étaient encore plus étendues.

Le taux d'abattement retenu de 15% ne tenait pas compte de l'ensemble des critères qui lui étaient applicables. En effet, il avait d'importantes limitations fonctionnelles qui rendaient plus difficile le fait de trouver un emploi. Il devait avoir une activité en position assise, sans port de charges, sans travail en position agenouillée, sans avoir à prendre d'escaliers, à se déplacer et avec de la marche en terrain plat. Son rendement était en outre réduit en raison d'une asthénie, de troubles de la concentration et d'un besoin constant de se reposer. En outre, il était éloigné du monde de travail, puisque l'accident l'avait empêché d'avoir une activité professionnelle au cours des dix dernières années. Un abattement d'au moins 20% devait donc être retenu.

Il avait mis à profit sa période d'immobilisation pour réaliser une formation d'aide-comptable et avait ainsi démontré sa motivation à se réadapter. Il n'avait toutefois pas trouvé d'emploi dans cette activité. Il ne disposait d'aucune expérience et était âgé pour commencer dans ce domaine. Il n'arrivait, pas seul, à mettre à profit sa capacité résiduelle de travail. Il avait donc besoin d'une mesure de réadaptation. Par exemple, par un soutien dans la recherche d'emploi et dans le placement, ou des stages pris en charge par l'OAI auprès de divers employeurs.

À l'appui de son recours, l'assuré a produit :

- un rapport établi par le Dr H_____ le 29 avril 2019, lequel indiquait, s'agissant de l'évolution de l'état de santé du recourant depuis le 28 juillet 2018, qu'il avait été vu à de multiples reprises, les 18 septembre et 13 décembre 2018 ainsi que les 16 janvier, 14 mars et 2 avril 2019. Lors de ses différents contrôles, il allait initialement de mieux en mieux, mais, entre décembre 2018 et janvier 2019, de nouvelles douleurs étaient arrivées, dans le cadre d'une augmentation des exercices réalisés. Au contrôle du 14 mars 2019, un trait de fracture suspecte était apparu au-dessus de la plaque médiale, de type fracture de fatigue. Un CT-scan avait montré un trait de fatigue au niveau de la corticale antérieure, en voie de guérison, et avait confirmé que l'ostéotomie avait bien guéri tant au niveau du tibia que du péroné. Dans le cadre de la fracture de fatigue nouvellement apparue, un protocole de physiothérapie avait été mis en place ainsi qu'une antalgie et l'arrêt de travail à 100% avait été prolongé.

- un rapport établi par la Dresse J_____, non daté, mais répondant à un questionnaire médical qui lui avait été adressé le 11 avril 2019 par le conseil de l'assuré. À teneur de ce dernier, la capacité de travail de celui-ci dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle qu'un travail de bureau, était diminuée, car il présentait une importante asthénie, en raison de sa pathologie néphrologique. Il avait également des troubles de la concentration, probablement en lien avec son état de fatigue. L'assuré ne pouvait se concentrer plus de deux à trois heures d'affilée. Ensuite, la nécessité de se reposer s'imposait. Hormis la position assise dans un travail de bureau, il devait avoir une pause après deux heures dans cette position et pouvoir étendre régulièrement sa jambe en hauteur afin d'éviter la formation d'œdèmes, qui exacerbaient ses douleurs du membre inférieur. Il était difficile à la Dresse J_____ de quantifier la perte de rendement. Cependant, l'assuré devrait pouvoir commencer dans une nouvelle activité professionnelle avec un pourcentage quantifié à 50% et l'augmenter graduellement jusqu'au maximum de 70-80%. Un rendement de 100% n'était pas exigible dans les conditions actuelles. L'assuré redoutait de réintégrer le monde du travail dans un nouveau domaine, sans aucune expérience professionnelle. Il semblait indispensable qu'il puisse bénéficier d'une réadaptation professionnelle avant d'être lancé dans un travail dont il n'avait aucune habitude, ceci d'autant plus que le temps écoulé depuis sa formation en aide-comptable dépassait deux ans.
29. Le 6 juin 2019, la présidence du Tribunal civil a admis l'assuré au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 15 mai 2019 et limité l'octroi à douze heures d'activité d'avocat, audiences et forfait courrier/téléphone en sus.
30. Par réponse du 22 juillet 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant à sa décision. Les pièces médicales produites dans le cadre du recours avaient été soumises au SMR pour appréciation. Il ressortait en substance de l'avis du SMR du 22 juillet 2019 qu'aucune des nouvelles pièces médicales apportées dans le cadre du recours n'était susceptible de modifier ses conclusions précédentes, soit une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La fracture de fatigue n'entraînait pas d'incapacité de travail durable et l'atteinte rénale pas d'incapacité de travail, ni de limitations fonctionnelles, à l'heure actuelle, selon la spécialiste en néphrologie.

Les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisaient pas à justifier une invalidité. Elles devaient être confirmées par des observations médicales objectives et concluantes. La seule différence d'appréciation entre un médecin traitant et un médecin de l'assureur ne suffisait pas à justifier une expertise, ce d'autant plus que le recourant était suivi par des spécialistes en orthopédie et en néphrologie.

Le recourant avait réalisé de lui-même une formation d'aide-comptable, soit un métier adapté à ses limitations fonctionnelles, ce dont on ne pouvait que le féliciter. L'assurance-invalidité n'avait pas à répondre de ses difficultés à trouver un emploi approprié, en raison de son âge ou de son manque de formation professionnelle. S'il

était vrai que de tels facteurs, étrangers à l'invalidité, jouaient un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on pouvait raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituaient pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, étaient susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendaient parfois difficile, voire impossible, la recherche d'un emploi et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle. L'abattement retenu était conforme au droit.

31. Dans un rapport du 30 août 2019, la docteure K_____, du service de néphrologie des HUG, a indiqué à l'OAI suivre l'assuré pour une glomérulonéphrite membraneuse, s'étant manifestée par une thrombose de la veine rénale, une embolie pulmonaire et syndrome néphrotique en 2016. En raison de la présence d'anticorps positifs évocateurs pour une étiologie idiopathique, le patient avait par la suite bénéficié d'un traitement par injection de Rituximab, avec une dernière cure le 21 décembre 2017 (sixième). Actuellement, on en était toujours à une protéinurie persistante sans syndrome néphrotique ni atteinte à la fonction rénale, mais le patient avait récidivé à plusieurs reprises d'une protéinurie néphrotique, raison pour laquelle un suivi était toujours nécessaire. S'agissant des restrictions fonctionnelles découlant de cette atteinte, on constatait surtout une diminution de la réserve pulmonaire, certainement en relation avec les séquelles de l'embolie pulmonaire, et un syndrome restrictif. On retenait également une atteinte fonctionnelle liée au problème de la jambe droite opérée récemment et un status post-ostéosynthèse du tibia droit. Du point de vue rénal pur, il n'y avait actuellement pas d'incapacité de travail, en dehors des périodes pendant lesquelles le patient nécessitait un traitement de Rituximab, qui était susceptible d'être administré tous les six mois. Une évolution vers une insuffisance rénale chronique ou une récurrence du syndrome néphrotique n'était toutefois pas exclue. La capacité de travail actuelle de l'assuré était surtout en relation avec ses problèmes pulmonaires et ostéoarticulaires, raison pour laquelle il fallait se référer, notamment, à l'orthopédiste.
32. Lors d'une audience du 5 février 2020 devant la chambre de céans :
- a. Le recourant a déclaré, notamment, avoir effectué une formation d'aide-comptable en 2016, avec le soutien financier de l'Hospice général. Il n'arrivait pas à trouver un emploi, notamment en raison de son âge, de son manque d'expérience et de son état de santé. Il devait pouvoir soulever la jambe, lorsqu'il était assis de plus de deux heures. Il ne pouvait pas courir et était essoufflé s'il marchait à cause de son problème de reins. Il vivait avec une douleur permanente de 3-4, parfois 5-6 sur l'échelle de 10. Il prenait du Dafalgan un jour sur deux, surtout le soir, et était également fatigué. À l'heure actuelle, il s'occupait de ses fils, qui avaient 17, 15 et 13 ans, du jeudi au dimanche, une semaine sur deux. Le reste du temps, il se reposait, cherchait du travail et participait à des activités de bénévolat, notamment pour l'association L_____. Depuis qu'il avait ses problèmes aux reins, il était continuellement fatigué. La Dresse K_____ lui avait prescrit des médicaments pour la tension. Il était également essoufflé lorsqu'il restait plus de deux heures

assis, avec un sentiment d'étouffement. Il souffrait de la jambe en permanence, mais s'y était habitué. Il repoussait la prise de médicaments. Marcher à plat lui était difficile au bout de 20 minutes. À l'heure actuelle, il ne bénéficiait pas de prestations de l'office cantonal de l'emploi. On lui avait dit qu'après un arrêt maladie d'un an, il pourrait obtenir de celui-ci une orientation ou des formations. En raison de son état de santé et de ses douleurs, il lui était difficile de se concentrer très longtemps. Il faisait des mots croisés et des sudokus, lisait et faisait des promenades tous les jours, de moins d'une demi-heure. Il ne pouvait pas faire de vélo. Il souhaitait aller au fitness, mais ses moyens ne le lui permettaient pas pour l'instant. Il habitait seul quand ses enfants n'étaient pas là. Il cuisinait et faisait le ménage. Ses enfants l'aidaient pour faire les courses, le weekend.

b. L'avocate du recourant a relevé que celui-ci avait amplifié ses conclusions en raison de sa capacité de travail de 50% et qu'il demandait une rente d'invalidité de 50%, limitée dans le temps, dès lors que la Dresse J_____ avait indiqué que sa situation s'améliorait. Il allait participer prochainement à un atelier « emploi-50 ans » dans le cadre de l'Hospice général. Il avait également un litige avec l'assurance-accidents.

c. Le recourant a, notamment, déposé à l'audience :

- un rapport établi le 1^{er} octobre 2019 par le Dr H_____, qui indiquait avoir vu le recourant le 3 septembre 2019, lequel lui avait rapporté, pour la première fois, une amélioration des douleurs mises sur le compte de la fracture de fatigue du tibia distal droit apparue à la fin de l'année 2019 ou au début de l'année 2020 et mise en évidence sur le scanner du 14 mars 2019. La fracture de fatigue n'était pas encore consolidée le 3 septembre 2019, bien qu'elle montrait, à cette date, des signes d'amélioration de la symptomatologie. Il avait prévu de revoir le patient deux mois plus tard, avec un nouveau contrôle clinique et radiologique et avait poursuivi l'arrêt de travail jusqu'à ce prochain contrôle ;
- un rapport établi le 29 janvier 2020 par la Dresse K_____ confirmant les atteintes décrites dans son premier rapport, auxquelles s'ajoutaient de gros problèmes orthopédiques ;
- une convocation de l'Hospice général pour « atelier emploi 50+ conseils RH » le 18 février 2020.

33. Le 6 février 2020, le recourant a confirmé qu'il modifiait ses conclusions, en ce sens qu'il sollicitait une rente d'invalidité à 50% limitée dans le temps et qu'il persistait dans sa demande de mesures de réadaptation et d'expertise médicale pluridisciplinaire.

34. Sur ce, 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.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. a. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1).

La chambre de céans n'est pas liée par les motifs avancés par les parties (art. 69 al. 1 phr. 2 et 89A LPA), ni par leurs conclusions (art. 61 let. d LPGA et 89E LPA).

- b. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimé. Dans la mesure où il a contesté dans son recours le taux d'invalidité retenu par l'intimé, estimant avoir des limitations fonctionnelles plus étendues que celles prises en compte par celui-ci, l'objet du litige est en particulier sur le taux d'invalidité. Même si le recourant n'a conclu dans son recours qu'à des mesures de réadaptation et qu'il n'a requis que dans un second temps une demi-rente d'invalidité, la chambre de céans est compétente pour examiner ces deux prestations, dont l'octroi dépend notamment du taux d'invalidité, objet principal du litige, étant rappelé qu'elle n'est pas liée par les conclusions des parties.
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 vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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

6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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).

c. 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.

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

c.b. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

c.c. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

c.d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

c.e. 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).

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

7. 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).
8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
9. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
10. a. En l'espèce, l'intimé a fondé sa décision de refus de prestations sur un rapport du SMR, lui-même fondé sur les rapports du Dr I_____ du 24 juillet 2018 et du Dr H_____ du 22 septembre 2018. Ces deux médecins retenaient que le recourant

était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de logisticien, livreur, en raison des suites de son accident du 22 juin 2009 et en particulier depuis le début de l'année 2018, selon le Dr H_____. Le Dr I_____ retenait une capacité de travail totale dans l'activité d'aide-comptable dès le 24 juillet 2018, mais le Dr H_____ ne se prononçait pas sur cette question. Le SMR a retenu que le recourant était totalement capable de travailler dans une activité adaptée en se référant à ce dernier rapport. Dès lors que le rapport du Dr H_____ retenait que l'état de santé actuel du recourant lui permettait de marcher sans canne et qu'il était seulement empêché de courir et de porter de lourdes charges, la conclusion retenue par le SMR sur le retour à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée apparaît correcte et elle est plus favorable au recourant que celle du Dr I_____.

Dans son rapport du 20 août 2019, la Dresse K_____, spécialiste en néphrologie, qui a suivi le recourant suite à une thrombose de la veine rénale, une embolie pulmonaire et un syndrome néphrotique survenus en 2016, a indiqué, s'agissant des restrictions fonctionnelles découlant de cette atteinte, qu'on constatait surtout une diminution de la réserve pulmonaire, certainement en relation avec les séquelles d'embolie pulmonaire, et un syndrome restrictif. Du point de vue rénal pur, il n'y avait actuellement pas d'incapacité de travail, en dehors des périodes où le patient nécessitait un traitement de Rituximab, qui était susceptible d'être administré environ tous les six mois. La capacité de travail actuelle de l'assuré était surtout en relation avec ses problèmes pulmonaires et ostéoarticulaires, raison pour laquelle il fallait se référer, notamment, à l'orthopédiste.

b. Le recourant a invoqué que la Dresse J_____ avait, sur questions adressées à elle par son conseil le 11 avril 2019, estimé que sa capacité de travail dans une activité adaptée était diminuée, car il présentait une importante asthénie, en raison de sa pathologie néphrologique ainsi que des troubles de la concentration, probablement en lien avec son état de fatigue. Elle considérait en outre qu'hormis la position assise dans un travail de bureau, il devrait pouvoir bénéficier d'une pause après deux heures dans cette position et pouvoir étendre régulièrement sa jambe en hauteur afin d'éviter la formation d'œdèmes, qui exacerbaient ses douleurs du membre inférieur.

Dans son rapport précité, la Dresse J_____ indiquait qu'il lui était difficile de quantifier la perte de rendement mais que l'assuré devrait pouvoir commencer dans une nouvelle activité professionnelle à 50% et l'augmenter graduellement jusqu'au maximum de 70-80%. Elle précisait que l'assuré redoutait de réintégrer le monde du travail dans un nouveau domaine, sans aucune expérience professionnelle. Il semblait indispensable qu'il puisse bénéficier d'une réadaptation professionnelle avant d'être lancé dans un travail dont il n'avait aucune habitude, ceci d'autant plus que le temps écoulé depuis sa formation en aide-comptable dépassait deux ans.

L'appréciation de la Dresse J_____ ne remet pas sérieusement en doute celles des Drs I_____, H_____ et K_____, dès lors qu'elle n'est spécialisée ni en orthopédie, ni en néphrologie. S'agissant d'une activité sédentaire de bureau, la

diminution de la réserve pulmonaire du recourant n'apparaît en particulier pas de nature à réduire son rendement.

Sur la base des rapports médicaux des Drs I_____, H_____ et K_____, il peut être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 22 septembre 2018. Il ne se justifie dès lors pas d'ordonner une expertise rhumatologique et néphrologique.

11. a. Le recourant a invoqué dans son recours que son état de santé s'était aggravé, au vu de la fracture de fatigue récemment constatée et que ses limitations fonctionnelles étaient plus étendues que celles retenues par l'intimé.
- b. La question qui se pose est de déterminer s'il s'agit là d'une aggravation de l'état de santé du recourant ou d'une nouvelle atteinte.
- c. Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveau de survenance de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.1 et 5.2 et les références).

Selon l'art. 29^{bis} RAI, la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

Cette disposition s'applique seulement lorsque l'atteinte à la santé qui a donné naissance au droit s'est réactivée et provoque un regain d'invalidité de degré élevé qui a duré plus de trente jours consécutifs au moins. Il en va de même lorsque la rente avait été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant et qu'il y a par la suite une aggravation de l'état de santé. Il s'agit alors d'un nouveau cas d'assurance, de sorte que le délai d'attente de 365 jours recommence à courir (arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2015 du 18 février 2016 consid. 3.3.2; Michel VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, ad art. 28 n. 18, p. 393).

La survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40% au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 p. 373 et les références; arrêt 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 et les références, in SVR 2013 IV n° 45 p. 138; voir également MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3ème éd. 2014, n. 138 ad art. 4 LAI).

Le fait que deux atteintes coexistent à un moment donné ne suffit pas à retenir un unique délai de carence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 3.1 et 4.2).

d. En l'occurrence, il résulte du rapport du Dr H_____ du 29 avril 2019 que la fracture de fatigue constatée dès le 14 mars 2019, soit avant la décision querellée qui date du 1^{er} avril 2019, était une nouvelle atteinte de l'assuré, dans la mesure où ce médecin indiquait qu'un CT-scan avait montré un trait de fatigue nouvellement apparu au niveau de la corticale antérieure, en voie de guérison, et avait confirmé que l'ostéotomie avait bien guéri tant au niveau du tibia que du péroné. Par ailleurs, comme l'a relevé l'intimé, la fracture de fatigue n'a apparemment pas entraîné une incapacité de travail durable susceptible d'ouvrir au recourant un droit à une rente. Si l'atteinte s'est prolongée plus d'un an, l'intimé devra se prononcer à ce sujet dans une nouvelle décision.

En conclusion, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas tenu compte de la fracture de fatigue dans la décision querellée.

12. a. Le recourant a encore contesté le taux d'abattement de 15% retenu par l'intimé, pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de son âge. Il a fait valoir que ses limitations fonctionnelles étaient importantes, car il devait avoir une activité en position assise, sans port de charges, sans travail en position agenouillée, sans avoir à prendre d'escaliers, à se déplacer et marche en terrain plat. De plus, il fallait tenir compte de son asthénie, de ses troubles de la concentration et de son besoin constant de se reposer. En outre, il était éloigné du monde de travail, puisque l'accident l'avait empêché d'avoir une activité professionnelle au cours des dix dernières années. Un abattement d'au moins 20% devait en conséquence être retenu.

b. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation

comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

S'agissant du critère des années de service, le Tribunal fédéral considère que 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 (voir par exemple l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5).

Dans un arrêt 9C_677/2015 du 25 janvier 2016, le Tribunal fédéral a jugé qu'un abattement de 15% se justifiait, vu la nature des limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé (pas de mouvement en porte-à-faux, pas de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis, alternance des positions debout et assis), lequel était, en outre, âgé de 54 ans et avait été absent de façon prolongée du marché du travail. Seules des concessions salariales sensibles pourraient compenser cet état de fait et permettre à l'intéressé d'être compétitif sur le marché du travail.

c. En l'espèce, la situation du recourant est proche de celle ayant fait l'objet de l'arrêt précité, de sorte que l'abattement retenu par l'intimé n'appelle pas la critique. L'intimé a tenu compte de son âge et de ses limitations fonctionnelles, à savoir la nécessité d'avoir une activité en position assise, sans port de charges, sans travail en position agenouillée, sans avoir à prendre d'escaliers, à se déplacer ou à marcher en terrain non plat. Celles-ci ne sont pas de nature à restreindre de façon importante ses possibilités d'engagement comme aide-comptable ou dans une activité simple et répétitive adaptée. S'agissant de l'asthénie, des troubles de la concentration et du besoin de se reposer invoqués, ces limitations ressortent du rapport de la Dresse J_____, qui n'est pas probant, dès lors que ces atteintes sont en lien avec les troubles rénaux du recourant et que la Dresse K_____, spécialiste en néphrologie, a estimé qu'ils n'impactaient pas la capacité de travail du recourant. La situation du recourant ne justifie donc pas un abattement de plus de 15%.

13. 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 LPG).

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 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).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

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

14. Le recourant n'a pas invoqué d'autres griefs contre la décision de l'intimé que ceux examinés ci-dessus. Il apparaît que l'intimé a correctement établi le taux d'invalidité, en se référant aux salaires statistiques pour fixer les revenus avant et après invalidité, avec un abattement de 15%, et en retenant un taux d'invalidité de 15%. Dès lors que la nouvelle incapacité de travail invoquée dans la demande de prestations du 18 juin 2018 est intervenue plus de 6 ans après la décision de l'intimé du 26 août 2011 – qui accordait au recourant une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2010 et la supprimait dès le 1^{er} mars 2011 – c'est à juste titre que l'intimé a fait courir un nouveau délai d'attente d'un an depuis février 2018, quand bien même l'augmentation du taux d'invalidité était liée à une incapacité de travail ayant la même origine, il s'agit là en effet d'un nouveau cas d'assurance et un délai d'attente d'un an recommence à courir, selon la jurisprudence et la doctrine précitées.

15. a. Reste à déterminer si le recourant a droit à des mesures de réadaptation. Le recourant a plus particulièrement requis un soutien dans la recherche d'emploi et dans le placement, ou des stages pris en charge par l'OAI auprès de divers employeurs.

b. Selon l'art. 18 al. 1 LAI, 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).

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).

c. En l'espèce, le recourant n'a pas droit à une mesure d'aide au placement, dès lors que ses difficultés à trouver un emploi ne résultent pas de son invalidité.

d. Il convient de rappeler que l'assurance-invalidité n'intervient qu'en cas de diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGa). Cette disposition a pour but de délimiter les prestations de l'assurance-invalidité de celles de l'assurance-chômage. En l'espèce, le recourant se plaint de ne pas trouver du travail, notamment en raison de son âge, de son manque d'expérience. L'assurance-invalidité n'a pas pour vocation d'intervenir dans ce cas, qui relève de la compétence de l'assurance-chômage ou de l'Hospice général.

16. Infond , le recours sera 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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